FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 avril 1889, à 1 heure

Par ADOLPHE CARON

Né à Graville-Sainte-Honorine (Seine-Inférieure), le 6 Novembre 1858

Interne des Hôpitaux de Rouen
Lauréat du Gouvernement
Médaille d'honneur, argent 1re classe
(Épidémie cholérique d'Yport, 1884)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU PANCRÉAS

Président : M. BROUARDEL, professeur.

Juges MM. PANAS, professeur.
HUTINEL et BRUN, agrégés.



PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, Rue Casimir-Delavigne, 2

1889

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

Doyen de la Faculté de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

ET DE ROUEN

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE
ET DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

Témoignage d'un amour filial respectueux et profond.

A MON COUSIN

M. LE DOCTEUR JULES LESOUËF

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur
Député de la Seine-Inférieure

Souvenir d'affection et de reconnaissance.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR GIBERT

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

AU VIEIL AMI DE MA FAMILLE

M. LE DOCTEUR LAFAURIE

A MON MAITRE ET AMI

M. LE DOCTEUR DEHENNE

Professeur libre d'ophtalmologie
Officier de l'Instruction publique
Commandeur de l'Ordre de Saint-Sylvestre

Hommage de bien vive gratitude et de très respectueuse cordialité.

AVANT-PROPOS

Il est une touchante coutume qui consiste à adresser à la fin de ses études des remerciements aux maîtres qui les ont dirigées. C'est avec joie que nous nous acquittons de ce devoir et que nous prions MM. les Drs Dehenne, Duguet, Le Dentu, Pinard et Siredey, de Paris; Boucher, Cerné et Gargam, de Rouen, de croire à notre respectueux souvenir.

C'est aussi avec un sincère empressement que nous saisissons cette occasion d'offrir à M. le Dr Gibert, du Havre, l'assurance de notre très vive gratitude pour les excellents conseils qu'il nous a toujours prodigués et la cordialité qu'il veut bien nous témoigner.

Notre reconnaissance d'ailleurs date de loin déjà et ce n'est pas sans émotion que nous nous souvenons qu'en 1863, alors que la diphtérie exerçait ses ravages au Havre, c'est à son habileté opératoire, à son dévouement ainsi qu'à celui de ses aides les Drs Lafaurie, Lesouëf et Quesney que nous dûmes d'échapper au fléau.

Enfin nous payerons aussi un juste tribut de reconnaissance en adressant nos sincères remerciements aux maîtres de notre enfance, à ceux auxquels, à coup sûr, incombe la part la plus ingrate de l'enseignement, à tous nos professeurs du Lycée du Havre et particulièrement

à MM. Couëtil, Delboulle, Grould, Lance, Lenglet, Magois, Toutain et Vallin, qui ont bien voulu nous conserver leur précieuse amitié.

Que M. le professeur Brouardel veuille bien croire à notre très vive gratitude pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Pendant de longues années les affections du pancréas ont été presque totalement ignorées ; les traités de pathologie restaient muets à leur égard et c'est à peine si de temps à autre une courte monographie venait apporter son tribut à l'histoire nosologique de cette glande *impopulaire*. Certains auteurs, Roux et Baillie entre autres, allaient jusqu'à nier que cet organe pût être le siège, non seulement de cancer, mais encore de toute autre maladie. Plus récemment Tanchon, Marc d'Espine et Lebret n'admettaient pas davantage la localisation du cancer sur cet organe. C'est alors que parurent les premiers travaux vraiment probants sur les néoplasies du pancréas, notamment les deux observations de Mondière que l'on trouvera rapportées plus loin. A partir de ce moment l'esprit étant éveillé de ce côté, les cas cités furent nombreux, mais il fut admis tout d'abord que si la diathèse cancéreuse pouvait se propager à cette glande, elle ne pouvait en aucun cas y prendre naissance ; telle fut du moins l'opinion de Bayle, Cayol et Franck (1). Enfin en 1864 Ancelet (2) par une statistique de 195 cas

(1) FRANCK (Jean-Pierre). *Traité de méd. prat.*, traduit du latin par GONDAREAU. Paris, 1842.

(2) ANCELET. *Étude sur les maladies du pancréas*, 1864.

jeta un nouveau jour sur la question et montra que 18 fois la lésion avait été limitée au pancréas et qu'un bien plus grand nombre d'autres, elle avait débuté par cette glande et que ce n'était que par la suite qu'elle avait envahi les organes voisins.

En résumé il existe aujourd'hui, d'abord la statistique d'Ancelet, puis une série de 29 observations de Williegk et une autre de 37 de Da Costa (1); nous-même en puisant dans la littérature médicale avons pu réunir 48 observations et c'est en les comparant toutes entre elles que nous allons essayer de mettre en évidence les symptômes les plus saillants pouvant mettre les cliniciens sur la voie de ce diagnostic toujours difficile, parfois même impossible dans certains cas comme dans celui par exemple qui se trouve relaté dans notre observation XXXIX.

(1) Da Costa. Cancer du pancréas. *North. Amer. Rev.*, 1858.

ÉTIOLOGIE

Bien des causes ont été invoquées pour expliquer la localisation de la diathèse cancéreuse sur le pancréas. Pour Frank, la raison principale serait une mauvaise alimentation ; pour Salmuth, c'est l'alcoolisme qu'il faudrait incriminer. Le surmenage, les excès, les chagrins ont été mis successivement en avant par les auteurs. Enfin, depuis quelques années, on s'est demandé si l'on ne devait pas rattacher la carcinose à la grande série des affections microbiennes. Il ne nous a pas semblé inutile, au début d'une étude sur une des formes du cancer viscéral, d'étudier l'étiologie microbienne ou non du cancer, aussi allons-nous essayer de résumer rapidement les travaux faits dans cette voie et de montrer l'état actuel de la question (1).

Depuis quelques années déjà, l'étiologie d'un grand nombre de maladies a été bouleversée par les découvertes récemment faites sur le rôle pathogénique des microbes ; ils ont permis d'expliquer l'origine et l'évolution d'un grand nombre de phénomènes morbides. Les doctrines

(1) Nous adressons nos affectueux remerciements à notre excellent ami Em. Leredde, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous prêter le concours précieux de sa compétence en cette matière, pour la rédaction de ce chapitre.

pastoriennes avaient surtout cet avantage immense de mettre en main de l'observateur pour ainsi dire la cause des maladies, de lui permettre de la manier et de l'étudier par l'expérimentation scientifique.

Certaines maladies sont cependant, dès le premier jour, restées en dehors de la théorie pastorienne, telles les dystrophies, les maladies par déviation de la nutrition ; pour la goutte, le diabète, les rhumatismes chroniques, il n'y a jamais eu de doute. En somme, les diverses maladies tendent à rentrer dans une des deux classes ainsi opposées l'une à l'autre : maladies d'origine extrinsèque, parasitaires si l'on peut dire et maladies d'évolution de nutrition, de cause intrinsèque. Parmi les premières, les grandes affections contagieuses et épidémiques, parmi les secondes, les troubles trophiques en prenant ce mot dans son sens le plus général.

Il est inutile de dire quel bénéfice la pathologie générale a retiré des découvertes récentes. Elles ont constitué un groupe morbide parfaitement net ; une fois la cause microbienne trouvée dans une affection, l'esprit ne peut aller plus loin, il ne reste qu'à étudier le mode d'action de cette cause.

Mais il en est autrement du deuxième groupe ; sans doute l'étiologie des maladies qui y sont comprises restera toujours plus complexe, plus difficile à étudier. Aussi n'est-il pas étonnant qu'avant de se lancer dans cette étude on essaye de bien limiter le champ des recherches. Nombre de maladies ne sont pas encore rentrées dans un des deux groupes que nous avons indiqués et

ne nous paraissent effectivement pas pouvoir rentrer nettement dans l'un ou l'autre.

Ceci est vrai en particulier du cancer, qui a semblé pendant longtemps faire partie du groupe des maladies d'évolution, tandis que maintenant il semble se rapprocher des maladies infectieuses dans les cas où il se généralise ; on peut dire qu'aujourd'hui il est à cheval entre les deux groupes.

Tout d'abord peut-on, à priori, comparer le cancer aux maladies infectieuses et y a-t-il analogie entre les processus anatomiques? C'est ce que conteste M. le Dr Brault et nous le suivrons dans cette étude (1).

Le sens du mot cancer est devenu bien vague ; MM. Cornil et Ranvier ont voulu lui substituer le mot de carcinome représentant des tumeurs développées aux dépens du tissu conjonctif, ayant un stroma disposé en alvéoles remplis de cellules. Il semble démontré à l'heure actuelle que le carcinome n'est pas une forme indépendante, qu'il n'est qu'une variété d'épithélioma; dans nombre de cas en effet, on a vu un carcinome naître directement d'un épithélium.

Les cellules du carcinome sont dues à la prolifération des cellules épithéliales; c'est à celles-ci que revient la part essentielle dans l'évolution de la tumeur et le stroma n'est qu'un des modes de réaction du tissu ambiant.

Au point de vue clinique, le mot cancer ne se limite pas au carcinome. Toutes les formes d'épithélioma sont susceptibles de se généraliser, de devenir une tumeur

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1885.

maligne, même les épithéliomas dont la forme est la plus tranchée comme les épithéliomas pavimenteux. Puis, d'autres tumeurs se généralisent quelquefois, même des tumeurs très élevées en organisation, tels certains enchondromes du testicule pouvant se développer secondairement dans le poumon, telle la tumeur à ostéoblastes récemment décrite par M. Bouveret (1).

Dans ces conditions, la théorie microbienne s'appliquerait aussi bien au carcinome qu'à l'enchondrome, mais alors certains faits deviennent bien difficiles à expliquer. La généralisation du cancer se fait par les veines et les lymphatiques. Or les tumeurs secondaires passent exactement par les mêmes phases que le néoplasme primitif et en reproduisent trait pour trait la structure. Qu'un épithélioma se développe dans l'intestin par exemple, les noyaux secondaires du foie seront formés de cellules cylindriques comme la première tumeur et leur disposition sera la même. Et c'est justement ce qui est inexplicable dans la théorie microbienne. Au temps ou la structure des tumeurs malignes n'était pas définie, on pouvait croire que la généralisation des tumeurs cancéreuses, des tumeurs tuberculeuses ou des gommes syphilitiques se faisait par le même processus, mais il y a une différence notable. Ce qui est essentiel dans toute tumeur, dit M. Brault, c'est la cellule, c'est son activité propre ; c'est en se multipliant qu'elle forme une tumeur et ce fait se comprend bien dans l'hypothèse de Cohnheim (2).

Voyons au contraire ce qui se passe dans les maladies

(1) Thèse Paris, 1878.

(2) *Allgmeine pathol.*, t. I.

infectieuses. Elles n'obéissent pas à la loi de Müller qui s'applique aux tumeurs véritables : formation aux dépens d'un tissu qui a son type dans l'embryon ou l'individu complètement développé.

Dans la tuberculose on trouve au premier stade de la granulation un agglomérat d'éléments embryonnaires et au centre des bacilles. Puis la partie centrale dégénère, se caséifie et le bacille meurt. Tout autour se forme un tissu fibreux qui peut arrêter le développement de la granulation. Ici le tissu embryonnaire ne représente que la réaction des cellules contre le bacille. Dans d'autres points de l'économie il se fait des colonies et les tissus réagissent de même, ils tuent le bacille ou sont tués par lui. Dans les organes riches en épithélium, il se forme en plus des cellules géantes qui n'ont rien de spécifique ; on les a d'ailleurs retrouvées dans les poumons de chien affecté de strongylose, de lapin atteint d'aspergillose, autour de corps étrangers introduits sous l'épiploon (Tillmann), autour des nodules de la morve chronique. Mais, au contraire, un sarcome est une tumeur homogène à cellules égales, à vaisseaux nombreux, tous perméables ; c'est un tissu parfaitement défini.

Les gommes syphilitiques offrent beaucoup d'analogie avec les tubercules et sont comme lui le terme d'une inflammation nodulaire. De même l'agglomération des cellules lépreuses ne forme pas un tissu bien défini.

Dans l'actinomycose, on trouve des nodules inflammatoires contenant au centre les fleurons actinomycosiques ; ce sont de simples lésions irritatives. Dans le rhinosclérome on trouve un tissu embryonnaire avec quelques

grosses cellules contenant au centre des bactéries encapsulées.

Ainsi ce que ces processus ont de commun c'est la destruction du tissu préexistant par les bacilles ; nulle part un véritable tissu ne se substitue aux autres ; on ne trouve que du tissu fibreux de réaction.

Pour expliquer le développement à distance des tumeurs malignes il n'est point nécessaire d'admettre des microbes spécifiques ; la théorie des embolies lymphatiques et veineuses suffit. L'auteur de cet intéressant travail se trouve donc amené à faire du cancer une classe pathologique distincte des maladies infectieuses. Voyons maintenant, à côté des discussions théoriques, les résultats acquis par l'observation et l'expérimentation.

Nous diviserons notre exposé en deux parties :

A. Le microbe du cancer a-t-il été vu et décrit ?

B. Le cancer est-il au moins contagieux, soit au point de vue expérimental, soit au point de vue clinique ?

A. — Schill, de Dresde, aurait trouvé en 1882 à l'intérieur de sarcomes ou de carcinomes des filaments ayant à leur extrémité des spores brillantes. Toutefois il crut avoir en main, non le microbe du cancer, mais de simples variétés de champignons de la moisissure.

Rappin (1) aurait trouvé des microcoques dans les mêmes conditions. En outre, la culture donnerait un diplocoque toujours identique à lui-même.

Jusque-là ces recherches n'avaient pas eu grand retentissement. Il en est autrement de celles de Scheurlen (2).

(1) *Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes*. Nantes, 1887,
(2) *Soc. de méd. de Berlin*, 1887.

Dans des cultures faites sur le sérum retiré d'un épanchement pleural ou ascitique, avec le suc cancéreux obtenu par raclage, Scheurlen vit des bacilles courts et larges, d'autres ovoïdes, brillants, à reflet verdâtre. Sur des coupes, ces bacilles ne se retrouvent pas, mais constamment on voit des spores.

Enfin l'inoculation des liquides de culture aurait reproduit le cancer. Pour certains bactériologistes, le bacille de Scheurlen ne serait qu'une variété de bacille de la pomme de terre ou un des bacilles pouvant se développer dans le sérum sanguin mal stérilisé.

Domingos Freire a revendiqué pour lui la priorité de ces découvertes, il aurait même obtenu le virus cancéreux, malheureusement il a gardé son secret pour ses compatriotes. Maffucci au congrès de chirurgie de Naples a décrit dans le sang des streptocoques qu'il aurait même pu cultiver. Lampiasi (1) de même aurait réussi des cultures de microbes d'aspect cireux, transparent et de forme cylindrique. Ces microbes, aérobies, seraient animés de mouvements rapides ; leurs extrémités se renfleraient en calotte.

En somme, la question n'est pas résolue et aucune de ces recherches n'en confirme une autre. Ce n'est certainement pas une raison pour nier la nature microbienne du cancer ; n'existe-t-il pas en effet nombre de maladies, nettement infectieuses, où les recherches ne sont pas beaucoup plus avancées.

B. — L'**inoculation** du cancer a été fréquemment tentée et même sur l'homme.

(1) *R·forma médica.* 1888.

Dupuytren est un des premiers auteurs qui ait injecté du pus cancéreux dans les veines d'un chien, mais il n'obtint pas de succès. Alibert tenta l'inoculation sur Biett et sur lui-même, mais heureusement sans résultat.

D'autres expériences également négatives furent faites par Valentin et Vogel.

Les premiers faits positifs datent de Langenbeck, qui modifia l'expérimentation en injectant non du pus cancéreux, mais du suc obtenu par trituration (1). Dans un premier cas il injecta ce liquide dans la veine fémorale d'un chien. Soixante jours après on trouva dans le poumon deux ou trois petites tumeurs, formées, dit Langenbeck, d'une trame cancéreuse contenant des cellules semblables à celles de la tumeur inoculée.

Le deuxième fait est analogue.

Dans un cas de Follin et Lebert, l'injection se fit dans les jugulaires. Quinze jours après on trouva à l'autopsie des cellules cancéreuses dans le poumon, le foie et le cœur.

Dans une expérience d'O. Weber, il se développa une tumeur au niveau du point d'inoculation dans la veine; malheureusement la structure en fut mal étudiée. Weber reproduisit l'expérience et plusieurs fois il observa des infarctus pulmonaires, mais sans caractères spécifiques.

Un cas de Cohn est également positif. Injection du suc cancéreux dans la jugulaire d'un chien; à l'autopsie noyaux néoplasiques dans le poumon.

(1) *Gazette medicale de Paris*. 1840.

Les faits les plus importants sont peut-être ceux de Goujon.

1° Inoculation d'une tumeur encéphaloïde sous la peau d'un rat. A l'autopsie, tumeur encéphaloïde grosse comme une amande dans la poitrine.

2° Inoculation de la même tumeur sous la peau d'un cobaye. 25 jours après, tumeur au point d'inoculation et sur les parties latérales de la trachée.

3° Enfin inoculation à un cobaye d'un épithélioma provenant d'un autre cobaye. 15 jours après, tumeur au niveau de la plaie et noyau cancéreux dans tous les viscères.

Par contre, nous devons avouer que les expériences négatives sont extrêmement nombreuses ; nous ne saurions les citer toutes ; mentionnons seulement celles de Paul Bert et de Jeannel (1) et celles de Senger (2).

En résumé, il semble urgent de reprendre le sujet et de résoudre la question. La plupart des expériences positives datent d'une trentaine d'années ; elles n'ont, il est vrai, rien d'absolument concluant, mais elles ont le mérite d'avoir éveillé le doute sur la nature diathésique de l'affection.

Faits cliniques. — Il est bien prouvé aujourd'hui qu'une tumeur cancéreuse peut s'inoculer sur le malade lui-même. Les cas sont très nombreux ; signalons seulement ceux d'inoculation du cancer de la lèvre inférieure à la lèvre supérieure. Dans la discussion qui suivit la communication de Scheurlen à la Société médicale de Berlin,

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1885.
(2) *Loc. cit* , 1887.

Lücke rapporta un cas de cancer de la face interne de la joue inoculé par un cancer de la langue.

Dans un cas de cancer en cuirasse, Habn ayant extirpé trois nodosités les greffa en d'autres points du corps où elles se développèrent. Virchow objecta que la raison pouvait être la transplantation simultanée de la peau.

Les deux faits de Kraske (1) sont intéressants. Il s'agit de cancers de la portion supérieure du rectum qui, après extirpation, récidivèrent au niveau du sphincter. Après discussion Kraske prétend que ces récidives sont dues à l'auto-inoculation. Il existe nombre de faits aussi probants, mais il faut avouer qu'ils prouvent peu pour ou contre la théorie microbienne. Il en est autrement des cas de contagion observés d'un individu à un autre.

M. Kirmisson (2) rapporte quelques faits de cet ordre.

On connaît quelques faits intéressants de cancer de la verge chez les maris de femmes ayant un cancer de l'utérus.

Demarquay en rapporte un cas, Langenbeck en signale 3, Gaillard Thomas 1, Czerny 1, Duplay 1 (3).

Wynter Blynth (4) signale 3 personnes ayant successivement habité le même logis et devenues cancéreuses ainsi que deux hôtes habituels, amis de la maison.

Enfin tout récemment, le Dr Arnaudet, de Cormeilles, a publié sous le titre de : Le cancer dans une commune de Normandie (5), un travail extrêmement intéressant, qui,

(1) *Centralblat für Chirurgie*, n° 48, 1884.

(2) *Bulletin médical*, 1888.

(3) *Assoc. franç. pour l'avancement des sciences*, 1887.

(4) *Société des officiers de santé de Londres.*

(5) *Normandie Médicale*, 1er février 1879.

à notre avis, fait faire un pas assez considérable à cette question; nous allons donc essayer de résumer cette étude aussi brièvement que possible.

La population de Saint-Sylvestre-de-Cormeilles, qui dépassait 500 habitants il y a quelque vingt ans, est tombée actuellement à 379 personnes; au recensement de 1881, qui a servi de base à ces calculs, elle comptait 398, près de 400 âmes.

Les recherches du D[r] Arnaudet ont porté sur une période de 8 années, de 1880 à 1887 inclusivement.

Dans ce laps de temps, il a été enregistré 74 décès.

Dans le nombre figurent 11 décès par cancer, dont le tableau ci-dessous indique la répartition suivant l'année, le sexe, l'âge et le siège :

ANNÉES	SEXE		AGE	SIÈGE
	Masculin.	Féminin.		
1880	1	»	83.	Estomac.
1881	»	»	»	
1882	»	»	»	
1883	»	1	74.	Estomac.
1884	1	»	71.	
1885	3	»	70.62.71.	Estomac, cou, estomac.
1886	3	»	61.84.65.	Mésentère, estomac, face.
1887	2	»	67.76.	Estomac, estomac.

Le total des décès étant de 74 et le nombre des cancéreux de 11, ceux-ci forment donc plus du septième des cas, exactement 1 sur 6,72. En d'autres termes pour 100 décès, il y a eu 14,88 décès par cancer, près de 15 p. 0/0.

A ce compte, Rouen et le Havre perdraient tous les ans chacun 350 cancéreux environ, et Paris à lui seul

7,900 alors que le chiffre exact est de 2,373, soit 4,16 0/0 suivant la statistique municipale publiée en 1886 par le Dr Bertillon.

Sur les 11 cas de cancer relevés dans le tableau précité, 5 ont été observés dans différents quartiers de Saint-Sylvestre et sans qu'il soit possible d'établir aucun lien entre eux.

Six cas, au contraire, se sont groupés sur un espace restreint et avec des circonstances de lieu et de temps qui en forment un véritable faisceau.

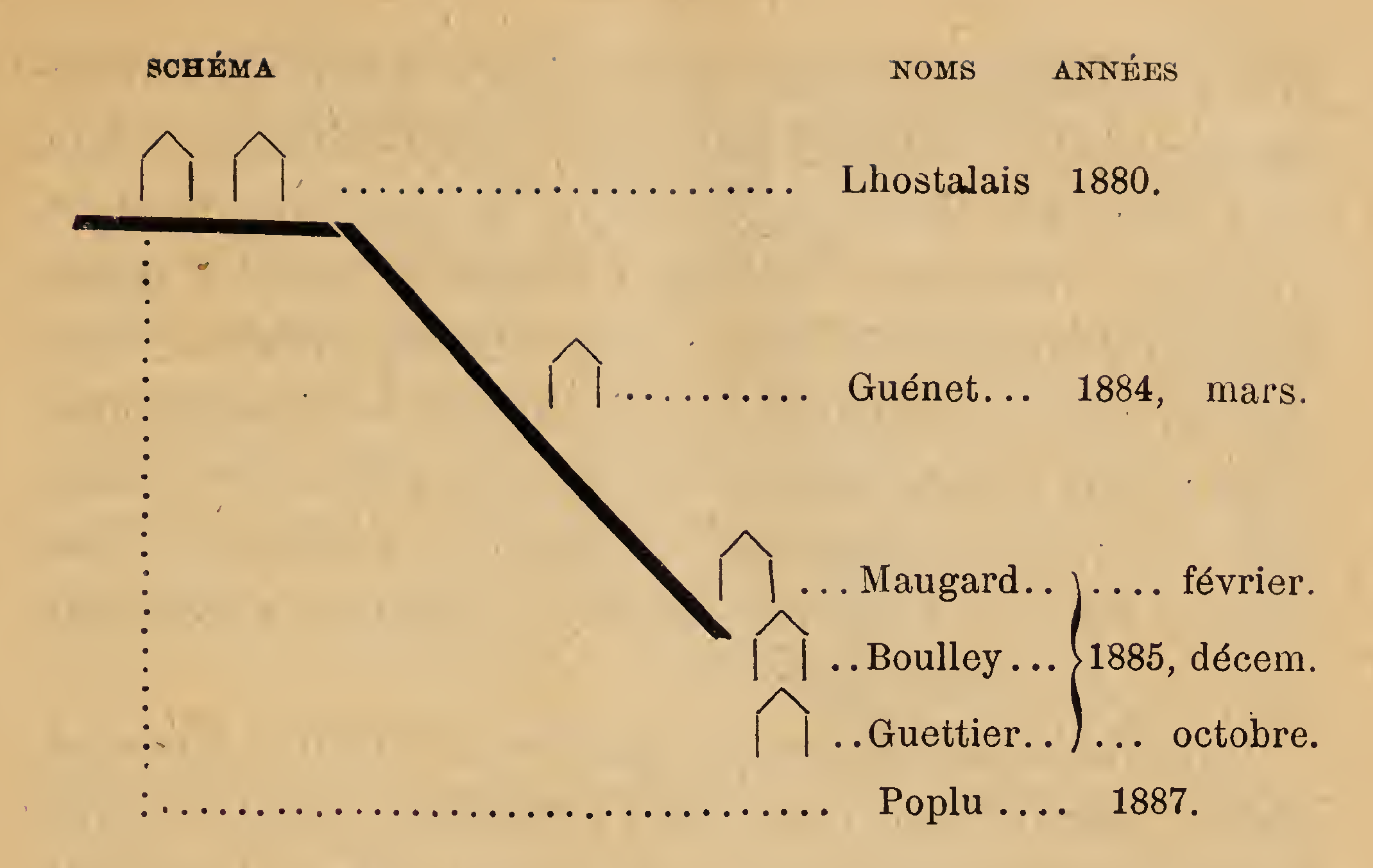
Le territoire de Saint-Sylvestre-de-Cormeilles est constitué en grande partie par un plateau se rattachant à l'est au grand plateau dit du Lieuvin, et se terminant en promontoire au couchant vers Cormeilles, où il est comme étranglé entre deux vallées.

Le plateau est principalement consacré à la culture ; les vallées sont aménagées en herbage et cours plantés. Sous-sol marneux et argileux.

Deux villages contigus furent le théâtre du drame multiple étudié dans ce travail ; ils sont situés : le premier (le Mesnil) sur le plateau non loin de la lisière ; l'autre (la vallée Noire), sur le versant qui fait suite au plateau.

L'écoulement des eaux a lieu forcément du premier par le second.

Mieux que les paroles, un schéma indiquant la distribution des habitations avec les noms des sujets et l'année de la mort, permettra de suivre clairement la marche remarquable de la maladie.



En 1880, succomba Lhostalais, cancer d'estomac.

En 1884, trois ans plus tard ce fut Guénet. Cancer d'estomac classique. A signaler l'abondance des vomissements et ce détail, que les matières vomies étaient toujours et naturellement répandues sur le fumier, sur l'herbe.

L'année suivante, dans la seule année 1885 et dans le même village de la vallée Noire, moururent successivement Maugard, Guettier et Boulley, celui-ci d'un sarcome de cou, les deux autres de cancer d'estomac.

Cette série, qui fut le point de départ de ce travail, évolua en 22 mois.

Enfin, Poplu est mort en 1887, au lieu même où était mort Lhostalais, le premier, leurs maisons, en effet, sont contiguës et la mare est commune.

On voit par le schéma que la maison de Guénet, à mi-côte, est située directement au-dessous de Lhostalais

et directement au-dessus des maisons des trois autres cancéreux de la vallée Noire, sises tout à fait dans le bas et à peu près sur un même plan. Il faut ajouter que toutes les recherches touchant l'hérédité ont été négatives pour tous les malades ; deux étaient cousins issus de germains. L'influence de l'alcoolisme a été également nulle ; deux à peine avaient fait quelque excès ; les autres, soit vertu, soit parcimonie, étaient des modèles de sobriété. Tous étaient originaires du pays ou s'y étaient fixés depuis longtemps.

Pareille accumulation de cancéreux sur un espace si réduit, car il s'agit d'un carré irrégulier de 300 mètres de côté à peine, alors que ni le genre de vie, ni l'hérédité n'expliquaient rien, devait faire songer à une cause commune et locale de la maladie.

De plus, on est encore entraîné à une autre conclusion en considérant le fait si net, que les décès se sont succédé, etayés dans l'ordre des habitations. Le cancer a procédé, én effet, avec régularité, de haut en bas, en suivant la pente ; en un mot, *il a marché comme l'eau.*

La progression du mal, dans le sens de l'eau, a conduit le Dr Arnaudet, à accuser celle-ci d'avoir servi de véhicule, *à un germe morbide dont elle aurait été le moyen de transport.*

Enfin, d'après l'auteur de cette intéressante étude, le siège du cancer chez tous les sujets, cinq fois le cancer d'estomac sur six cancéreux, plaiderait encore fortement en faveur de la contagion, et il est rationnel d'incriminer les ingesta. Même le sarcome du cou pourrait reconnaître la même origine ; ne suffirait-il pas en effet d'une

simple éraillure buccale pour ouvrir au germe morbide la voie lymphatique et l'accès des ganglions.

Ainsi le cancer pourrait être infectieux et transmissible et l'eau lui servir de véhicule.

Tel est actuellement l'état de la question. Assurément d'autres matériaux sont nécessaires pour fixer définitivement les idées. Le champ est largement ouvert aux observations et aux expériences et l'avenir seul donnera la solution de cet intéressant problème ; mais sans s'avancer à la légère dans une question aussi délicate, ne peut-on raisonnablement prévoir le jour, peut-être prochain, où, de même que la tuberculose, le cancer tombera du rang de diathèse à celui de simple maladie locale et de cause externe.

Fréquence. — Tous les auteurs admettent que, de toutes les affections du pancréas, le cancer est la plus fréquente ; toutefois cette localisation de la diathèse cancéreuse est relativement rare par elle-même, c'est ainsi que sur 918 autopsies de cancéreux, Fauchon ne l'a notée que deux fois. Madre (1) a relevé dans le bulletin de la Société anatomique, de 1826 jusqu'à 1860, les cas dans lesquels il a trouvé des cancers du pancréas, de la vésicule et des canaux biliaires, du foie et du duodénum. Il a pu ainsi dresser le tableau suivant :

AFFECTIONS CANCÉREUSES PRIMITIVES OU SECONDAIRES

De la vésicule biliaire	25 cas
Des canaux biliaires.	19

(1) Thèse de doctorat. Paris, 1883.

Du foie.	135
Du duodénum.	8
De l'épiploon.	17
Du pancréas.	16

Siège et début. — D'après Madre, la tête semble être le siège de prédilection de la maladie, quoique la lésion puisse se développer dans le corps ou dans la queue. Ce fait est important à noter, car il nous rend compte de l'apparition plus ou moins rapide des phénomènes de compression, et en particulier de l'ictère.

Le pancréas cancéreux prend généralement l'apparence d'une masse irrégulièrement bosselée, blanchâtre et d'une consistance plus ou moins dure suivant la variété anatomique à laquelle on a affaire.

Forme anatomique. — Nous ne nous étendrons point sur ce sujet, disons toutefois que d'après Arnozan, la forme la plus fréquente serait la forme *squirrho-lardacée*, puis l'*encéphaloïde*, en troisième lieu l'*epithéliome à cellules cylindriques*. Enfin il existe 2 ou 3 observations de *cancer mélanique*.

Sexe. — Sur les 48 observations de cette thèse,

Les hommes ont été atteints	32 fois
Les femmes.	16 »

Age. — Contrairement à ce qu'on observe pour les cancers des autres régions, cette maladie n'est pas l'apanage de la vieillesse ; toutefois nous remarquerons avec Bard et Pic, qu'en général, les sujets qui sont atteints

de cancer primitif ont habituellement dépassé l'âge moyen de la vie.

Ainsi Ancelet a trouvé les résultats suivants :

Nouveau-nés.	2
De 1 à 10 ans	2
10 à 20 —	10
20 à 30 —	14
30 à 40 —	23
40 à 50 —	28
50 à 60 —	29
60 à 70 —	12
70 à 80 —	3
80 à 90 —	2

Si à la statistique d'Ancelet nous joignons la nôtre, nous aurons :

	ANCELET		NOUS				
Nouveau-nés. . . .	2	+	»	=	2	soit	1,16 °/₀
De 1 à 10 ans . . .	2	+	»	=	2	—	1,16
10 à 20 — . . .	10	+	»	=	10	—	5,8
20 à 30 — . . .	14	+	7	=	21	—	12,18
30 à 40 — . . .	23	+	6	=	29	—	16,24
40 à 50 — . . .	28	+	6	=	34	—	19,72
50 à 60 — . . .	29	+	14	=	43	—	24,95
60 à 70 — . . .	12	+	4	=	16	—	9,28
70 à 80 — . . .	3	+	9	=	12	—	7,06
80 à 90 — . . .	2	+	»	=	2	—	1,16

Soit un âge moyen de 45 ans 2 mois.

Marche. Durée. Terminaison. — Avec Arnozan, nous dirons que le cancer du pancréas est quelquefois précédé d'assez longs prodromes, dyspepsie, malaise, affaiblissement, abattement moral. Plus

souvent, il débute d'emblée par une douleur qui, sourde et vague d'abord, prend bientôt une intensité extrême, par un ictère de plus en plus foncé, par un amaigrissement rapide. La terminaison, toujours fatale, survient par les progrès de la cachexie ou sous l'influence d'une des nombreuses complications. La durée est courte. S'il est bon de tenir pour suspectes les observations où elle est signalée comme n'ayant été que de quelques jours, on peut être plus réservé encore pour les cas où on lui accorde dix, quinze et trente ans. Un an au plus, six mois en moyenne, parfois que quelques semaines, tel est le court délai que mentionnent la plupart des auteurs.

Les observations de notre thèse permettent de dresser le tableau suivant, mais il faut observer que l'on n'a, en somme, que la durée apparente de la maladie, c'est-à-dire le temps qui s'est écoulé entre le premier symptôme constaté (et non le début réel), et la mort du patient. Il doit en effet y avoir une différence considérable entre la durée réelle et la durée apparente, surtout lorsqu'il s'agit d'un cancer de la queue où l'ictère, premier signe habituel, manque presque toujours, au début du moins. C'est ainsi que la durée apparente de la maladie a été de 22 jours dans l'obs. XXXVIII. Or, est-il possible d'admettre en présence des lésions rencontrées à l'autopsie, que le début ne soit pas de beaucoup antérieur à l'apparition du premier symptôme ?

TABLEAU DE LA DURÉE APPARENTE DE LA MALADIE

Moins de	1 mois	1 cas
—	2 —	3 —

Moins de	3	mois	4 cas
—	4	—	5 —
—	5	—	5 —
—	6	—	3 —
—	7	—	2 —
—	8	—	2 —
—	9	—	1 —
—	13	—	1 —
—	15	—	1 —
—	16	—	1 —

Indiqués comme ayant duré *quelques mois*, 10.
Soit une durée moyenne de 5 mois 20 jours.

Enfin, chez le malade de l'obs. I, la période prodromique parut être de quelques années et chez celui de l'obs. XIII, on constata un état maladif pendant deux ans et brusquement pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde la maladie évolua rapidement en deux mois.

En résumé, il est peu de cancers viscéraux qui soient aussi promptement mortels. La localisation du cancer dans la glande seule est rare ; sa généralisation aux organes environnants est la règle générale.

Traitement. — Nous n'avons rien à dire de particulier sur le traitement de cette affection. Il est palliatif et vise seulement les symptômes accusés par le patient. On s'efforcera surtout de calmer ses douleurs et de relever ses forces par les moyens classiques.

Dans une observation rapportée plus loin, nous verrons qu'un malade de Fles, a vu ses digestions notablement s'améliorer par l'ingestion quotidienne d'un pancréas de veau. Le traitement chirurgical n'a pas donné

jusqu'à présent de résultats bien encourageants. L'extirpation totale de la glande, entreprise par Küster, après un diagnostic erroné d'ailleurs, a eu des conséquences funestes dans presque tous les cas. Sur cinq opérés, quatre sont morts, trois de péritonite septique et un autre de suppuration prolongée s'étant également terminée par septicémie.

OBSERVATIONS

Nous allons maintenant rapporter les observations de carcinome du pancréas que nous avons pu réunir et nous discuterons ensuite la symptomatologie de cette affection.

Nous avons résumé très brièvement celles empruntées à des thèses déjà parues et auxquelles il est facile de se reporter ; ces thèses sont celles de MM. Lapierre et Bonnamy, Paris, 1879 ; Salles, Paris, 1880 ; Madre, Paris, 1883, et Vernay, Lyon, 1884. Dans chacune de ces observations nous n'avons relevé que les symptômes pouvant nous être utiles et nous leur avons donné pour titre le résultat de l'autopsie.

Quelques-unes d'entre elles se rapportent non à des cancers primitifs, lésion que nous visons surtout dans cette étude, mais à une généralisation secondaire au pancréas de cancers d'autres organes.

Si nous les avons consignées dans ce travail, c'est afin de réunir le plus possible de cas de lésions pancréatiques et de montrer que les signes dits physiologiques dénotant un état pathologique de cette glande sont en somme très rares.

Enfin nous avons terminé cette série d'observations par un groupe de sept que nous avons extraites de la très

remarquable monographie de MM. Bard et Pic (1). Ces observations sont intéressantes en ce qu'elles montrent que, *dans certains cas*, le cancer primitif du pancréas répond à un type clinique assez bien défini lorsqu'il débute dans la tête de l'organe, cette localisation étant d'ailleurs son siège le plus habituel. En effet, plusieurs des observations que nous avons rapportées corroborent en grande partie les opinions des auteurs lyonnais, mais nous ne saurions comme eux généraliser ces conclusions et nous pensons au contraire que bien souvent le carcinome pancréatique se présente avec des caractères absolument différents, c'est ce que nous discuterons plus loin dans le chapitre que nous avons réservé à la symptomatologie.

Observation I

Cancer primitif du pancréas. — Tuberculose pulmonaire.
Mondière. Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas. *Arch. méd.*, 1836, 2e série, t. XI.

Jeune homme d'une constitution délicate, très adonné à l'étude et menant une vie sédentaire, éprouva *quelques années* avant sa mort, une douleur obtuse profondément située dans la région épigastrique ; il y avait courbure du corps en avant et impossibilité de le tenir dans une position verticale, même assis sur une chaise, sans augmentation considérable de cette douleur. Peu de mois après l'apparition de cette dernière, survinrent de la dyspepsie, du pyrosis et parfois des vomissements, l'appétit était généralement bon, mais aucun aliment ne pouvait

(1) Cancer primitif du pancréas. *Revue de médecine*, 1888, nos 4 et 5.

être retenu dans l'estomac, si ce n'est le lait qui formait la plus grande partie de la nourriture du malade. Les moyens employés contre cette affection furent les émétiques, les cathartiques et les vésicatoires sur la région épigastrique.

La douleur, le pyrosis, les vomissements existèrent avec plus ou moins de violence dans les derniers mois. Un peu d'ascite.

Tuberculose pulmonaire. Mort.

Observation II

Cancer du pancréas, sans généralisation aux organes voisins.
Mondière. *Loc. cit.*

Jeune homme de 27 ans, livré à des occupations sédentaires et prenant peu d'exercice au grand air, fut pris un peu avant sa mort d'une tuméfaction des glandes parotides et sous-maxillaires ainsi que de quelques ganglions du cou. Cet engorgement disparut tout à coup et aussitôt après une tumeur considérable se montra dans la région épigastrique, s'accompagnant d'une douleur violente et profonde et de vomissements continuels.

Comme dans le cas précédent, il y avait courbure du corps en avant impossibilité de garder, soit assis, soit debout, la position verticale sans augmentation des douleurs. L'estomac ne gardait que les aliments froids. Il y avait ordinairement constipation ne cédant qu'aux purgatifs. Ces substances, les vésicatoires sur l'épigastre, l'opium et l'eau de chaux furent les moyens les plus efficaces pour soulager le malade, mais leur action ne fut que palliative ; la faiblesse et la maigreur firent des progrès et bientôt la mort survint.

Durée, quelques mois.

Observation III

Sarcome du pancréas, du foie et de la vésicule biliaire.
Thèse Bonnamy.

Femme de 55 ans. Douleur vive dans la région épigastrique s'irradiant dans tout l'abdomen. Augmentation de volume du foie constatée par la percussion. Aucun dégoût pour les aliments qui ont toujours été absorbés avec plaisir et bien digérés. Un mois et demi après le début, symptômes de péritonite, douleur terrible et vomissements porracés. Depuis lors la malade vomit tout ce qu'elle prit. Jamais d'ictère ; le matin de sa mort seulement elle eut une selle décolorée.

Durée, 2 mois.

Observation IV

Cancer de l'estomac, du pancréas, de l'épiploon et des ovaires.
Loc. cit.

Femme de 42 ans. Troubles dyspeptiques pendant 4 mois. Douleurs sourdes dans la région épigastrique s'irradiant dans la fosse iliaque mais sans exacerbation à la pression, et vomissements alimentaires quotidiens. Jamais d'hématémèses. Amaigrissement progressif, collapsus, mort. Les matières graisseuses ont été plusieurs fois recherchées mais non trouvées dans les déjections à aucun moment de la maladie.

Durée, 16 mois.

Observation V

Cancer de l'estomac, du foie, du pancréas et des ganglions mésentériques. Loc. cit.

Homme, 58 ans. Dyspepsies pendant 6 semaines environ, puis

vomissements alimentaires et glaireux revenant de temps à autre. Jamais d'hématémèses. Pas de douleur à l'épigastre sauf au moment des repas, sensation de pesanteur, de brûlure et de tiraillement s'irradiant vers l'hypochondre droit. Ptyalisme exagéré ; le malade crache à tout moment et excrète de cette façon de 500 à 700 gr. de salive par jour.

Constipation habituelle. Une selle tous les cinq ou six jours. *Impossibilité de retrouver dans les déjections la présence de matières graisseuses.* Urines sans albumine, ni glucose. Pas d'œdème, ni d'ascite.

Durée, 2 mois 1/2.

Observation VI

Mélanose généralisée avec plusieurs îlots pancréatiques. Dr Landrieux. *Bullet. de la Soc. anat.*, 1867.

Femme de 34 ans. Mélanose généralisée ayant envahi la peau et tous les organes splanchniques. On sentait des tumeurs nombreuses superficielles et profondes dans toutes les régions de la paroi abdominale. La douleur était constante, vive et s'exacerbait à la pression ; le point le plus douloureux siégeait dans l'hypochondre droit.

L'examen des urines fut toujours négatif. La mort arriva dans la cachexie la plus complète.

Durée, 6 mois.

Observation VII

Carcinome du foie, de l'estomac et du pancréas. Dr Mossé. *Soc. anat.*, 1876.

Homme de 56 ans. Ayant tout d'abord souffert de dyspepsie pendant deux mois ; quelques vomissements alimentaires. Entre à l'hôpital avec les signes habituels d'un cancer de l'es-

tomac, douleur sourde au creux épigastrique, dégoût de la viande, teint jaune paille, vomissements alimentaires, bilieux et quelques-uns marc de café.

La propagation de la diathèse au pancréas ayant été recherchée, tous les caractères ont été négatifs.

Durée, 2 mois 1/2.

Observation VIII

Cancer mélanique du pancréas, du foie et des reins. Dr Latil. *Soc. anat.*, décembre 1878.

Homme, 32 ans. Ne s'est plaint, pendant treize mois, que de dyspepsie et d'amaigrissement. Au bout de ce temps, tympanisme abdominal assez marqué, sans ascite. Un peu d'œdème des membres inférieurs. Aucune douleur spontanée, aucun point douloureux à la palpation. Examen négatif des urines.

Les quinze derniers jours, la cachexie fait des progrès considérables. Quelques épistaxis assez abondantes, et signes de péritonite, particulièrement vomissements porracés incoercibles. La mort survint dans le collapsus.

Durée, 6 mois.

Observation IX

Cancer primitif du pancréas. Dr Labbé. *Bull. Soc. anat.*, 1865.

Homme, 75 ans. Fut pris au mois de décembre de violentes douleurs dans l'abdomen, douleurs concentrées au niveau de l'épigastre et s'irradiant dans toute la cavité abdominale et de vomissements bilieux. En janvier, amaigrissement rapide, anorexie complète, teint *jaune paille* des cancéreux. Les derniers jours le malade vomit tout ce qu'on voulut lui faire avaler. Mort dans le collapsus.

Durée, 5 mois.

Observation X

Cancer de la tête du pancréas : diabète sucré. Frerichs. *Traité pratique des maladies du foie*, trad. franç. de Duménil et Pellagot, 3e édit., p. 147.

Homme, 50 ans. Atteint pendant un an environ de troubles de la digestion. Puis commença à avoir des douleurs épigastriques sourdes d'abord, puis très vives et très aiguës par la suite avec irradiation dans tout l'abdomen. Dès le début de la maladie, *ictère* à marche progressive, ayant vite acquis une intensité considérable, mais ayant notablement diminué les six dernières semaines.

L'examen des selles décolorées ne permit pas de découvrir de stéarrhée. Examen des urines négatif au point de vue de l'albumine, mais permettant de reconnaître des *quantités considérables de sucre* (environ 100 gr. par jour). Le dernier mois, amaigrissement rapide, cachexie. Coma. Mort.

Durée, 15 mois.

Observation XI

Cancer du pancréas, du duodénum et de l'ampoule de Vater. Dreyfus. *Soc. an.*, 1876.

Homme, 33 ans. Début par ictère avec douleurs intenses dans l'hypochondre droit, revenant par crises et faisant croire à des coliques hépatiques. Anorexie, vomissements alimentaires. Urines rouges, chargées de pigment biliaire, négatives au point de vue du sucre et de l'albumine. Selles argileuses, décolorées. Meurt dans le coma.

Durée, 8 mois.

Observation XII

Cancer du pancréas, probablement primitif : cancer du côlon transverse et de la région hépatique contiguë au gros intestin; ictère progressif; occlusion intestinale incomplète au point d'adhérence du gros intestin avec le foie; météorisme abdominal excessif. Dr Gouguenheim. *Soc. méd. hôp.*, mai 1878.

Femme de 56 ans. Début par des troubles dyspeptiques avec un ictère qui apparut vers le huitième jour environ. Cet ictère augmenta et devint bien vite fort intense ; les selles furent décolorées dès le début de la jaunisse et restèrent ainsi jusqu'à la fin. L'examen des urines fut toujours négatif. Un peu plus tard, vomissements alimentaires avec dégoût de tous les aliments en général. Le ventre peu douloureux jusque-là devint le siège de coliques violentes. La constipation fut constante et opiniâtre au début, puis sous l'action des purgatifs la diarrhée s'établit et persista jusqu'à la fin. L'idée du cancer du pancréas vint à l'esprit et la recherche minutieuse de la stéarrhée fut faite. A cet effet on administra même de grandes quantités de matières grasses (beurre.) L'examen fait à plusieurs reprises fut toujours négatif. Les selles devinrent rubannées et le diagnostic de carcinome intestinal resta seul très net. Mort dans le collapsus.

Durée, 2 mois 1/2.

Observation XIII

Dégénérescence cancéreuse du pancréas et du foie.

Homme de 21 ans, impaludique. Consécutivement à une fièvre typhoïde, le malade s'est plaint, pendant deux ans, de ressentir une douleur vague d'abord, mais devenant peu à peu plus

vive et plus aiguë. Cette douleur siégeant au creux épigastrique revenait par accès paroxystiques.

Au bout de ce temps début d'un ictère léger accompagné de vomissements alimentaires et bilieux et d'un peu de diarrhée. Le ventre était ballonné avec un peu d'ascite. Les matières argileuses, décolorées, ne présentaient rien de particulier.

Les urines foncées chargées d'urates et de pigment biliaire ne contenaient ni sucre ni albumine.

Par la suite l'ictère augmenta et l'ascite aussi. La douleur du creux épigastrique devint de plus en plus intolérable, en sorte que les trois symptômes suivants dominèrent la scène : ictère, ascite, douleur.

Le malade mourut dans le collapsus.

Durée. État chronique, 2 ans.

Marche aiguë, 2 mois.

Observation XIV

Cancer paraissant avoir débuté par le foie et s'être étendu l'estomac, au duodénum, au pancréas, aux capsules surrénales et à la paroi abdominale. Bull. Soc. anatom., 1870.

Homme, 58 ans. Début par douleurs vives dans l'hypochondre droit, douleurs revenant par crises, dans l'intervalle desquelles il n'y avait qu'une sensation de pesanteur, puis vomissements alimentaires et quelques hématémèses; œdème des jambes et ascite devenant assez accentués.

Les vomissements devinrent constants, la cachexie extrême et le malade mourut dans le coma.

Durée, 6 mois.

Observation XV

Cancer de l'estomac latent pendant la vie, cancer secondaire du foie; généralisation à la rate, au pancréas et aux poumons. The Dublin Journal of medical science, 1876.

Homme, 37 ans. Dyspepsie depuis 2 mois, puis douleurs violentes au creux épigastrique. La palpation permet de sentir une tumeur volumineuse avec nodules marronnés dans l'hypochondre droit. Ascite devenant considérable et nécessitant une ponction qui n'eut qu'un effet palliatif. Le malade mourut dans la cachexie des cancéreux.

Durée, 3 mois.

Observation XVI

Cancer de la tête du pancréas. Service du Dr DESNOS. Obs. recueillie par le Dr ARNOZAN, alors interne du service.

Jeune homme de 25 ans. Surmenage physique. Un jour en faisant un effort violent il ressentit tout à coup une douleur très vive au creux épigastrique, douleur qui s'accrut rapidement; puis, on constata l'apparition d'une tumeur dure, superficielle, très douloureuse et assez mobile dans la même région.

Les douleurs s'irradièrent aux régions lombaires droite et gauche. Pas de vomissements. Selles régulières sans caractères spéciaux. Puis ictère léger.

L'examen des urines fut toujours négatif pour l'albumine et le sucre, mais elles contenaient une très notable proportion de pigment biliaire.

La quantité d'urée excrétée chaque jour tomba à 12 gr.

Puis, la tumeur se développa et devint adhérente au foie à

tel point qu'il ne fut plus possible de déterminer la ligne de démarcation entre le foie et la tumeur.

L'ictère devint intense. L'examen des selles ne permit pas de découvrir de stéarrhée et cette recherche faite à plusieurs reprises fut toujours négative, alors même que dans ce but on avait fait ingérer force beurre au patient.

L'amaigrissement devient considérable et le malade eut une répugnance invincible pour tous les aliments, *sauf pour le beurre*. La douleur devint atroce, s'irradiant partout et le malade mourut dans l'état le plus complet d'émaciation.

Durée ? ?

Observation XVII

Cancer de la tête du pancréas. Observation recueillie par le Dr Arnozan, dans le service du Dr Desnos. Thèse Bonnamy.

Homme, 62 ans. Le premier symptôme fut l'amaigrissement qui, pendant plusieurs semaines, fut le seul signe d'une lésion organique. Puis le ventre se ballonna et on constata un peu d'ascite en même temps qu'apparaissait un ictère d'abord léger puis plus intense par la suite. Dès le début de l'ictère les selles furent examinées ; elles étaient décolorées sans traces de matières graisseuses.

Les urines étaient riches en pigment biliaire, mais leur examen plusieurs fois répété fut toujours négatif au point de vue du sucre et de l'albumine. La palpation ne donnait aucun renseignement. L'ictère et l'ascite progressèrent sans qu'aucun changement notable se produisît pendant 7 mois 1/2. A cette époque, vomissements graisseux quotidiens. L'ictère commença alors à diminuer et perdit progressivement de son intensité jusqu'à la fin. Un jour, en allant à la selle et en faisant un effort, le malade eut une sensation de déchirure avec une douleur atroce. Mort, une heure après.

A l'autopsie on trouva une déchirure de l'estomac d'environ 6 cent. de long.

Durée, 8 mois.

Observation XVIII

Cancer primitif du pancréas. Richard Pott. *Deutsche Zeitschrift für praktis. Medecin*, n° 16.

Homme, 45 ans. Le malade souffrit longtemps tout d'abord de gastralgie avec douleurs violentes, paroxystiques ayant leur maximum d'intensité au creux épigastrique, mais s'irradiant vers le bas-ventre et les membres abdominaux. Ces douleurs étaient surtout provoquées par le passage des aliments ou un mouvement du corps intéressant cette région.

Le malade trouvait un grand soulagement en tenant le corps fléchi en avant. La palpation permettait de reconnaître une tumeur dure, bosselée, peu mobile et située un peu au-dessous de l'appendice xiphoïde. L'ictère se montra rapidement et devint vite très marqué. Les selles étaient argileuses, décolorées et dures. Sur le contenu du vase, à différentes reprises on vit nettement nager des *gouttelettes graisseuses* de différentes dimensions et en assez grande quantité.

Mais il faut noter que le patient absorbait de notables quantités d'huile de ricin pour remédier à la constipation qui était constante et opiniâtre. Jamais de vomissements. L'examen des urines fait à maintes reprises fut toujours négatif au point de vue du sucre et de l'albumine. Vers la fin ou put constater un peu d'œdème des malléoles. Cachexie. Mort.

Durée, 7 mois.

Observation XIX

Cancer primitif du pancréas propagé au duodénum. Thèse Besson.

Jeune homme, 21 ans. Amaigrissement, dyspepsie. Selles graisseuses, ictère.

Observation XX

Cancer primitif du pancréas ayant débuté par la queue. Dr Adolf Strumpell, de Leipzig. *Deutsches Archiv. für Klinische Medicin.* Band XXII.

Jeune homme, 25 ans. L'affection débuta par du météorisme consécutif aux repas, avec une sensation de pesanteur, parfois même de douleur très vive dans la région épigastrique. Pyrosis. Au bout d'un mois environ l'amaigrissement commença et s'accentua d'une façon rapide. L'examen de l'abdomen permit de constater une certaine quantité de liquide. Pas d'œdème des jambes. La palpation ne donna aucun renseignement. L'examen des urines fut toujours négatif. Un peu plus tard vomissements alimentaires fréquents dans lesquels l'*examen microscopique ne révéla jamais la présence de cellules graisseuses.* Constipation toujours opiniâtre. Deux mois après le début hématémèse grave, terrible ; le malade mourut quelques heures après.

Durée, 2 mois.

Observation XXI

Cancer primitif du pancréas. Bruzelius et Key. *Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin*, n° 32.

Femme, 42 ans. Cette femme souffrit pendant six mois d'une douleur continue mais peu forte au pourtour de l'ombilic.

Ictère marqué et œdème des malléoles. Mourut d'une affection intercurrente (gangrène progressive de la jambe consécutive à une ostéo-myélite diffuse).

Durée ??

Observation XXII

Cancer mélanique du pancréas et du cæcum. Obs. recueillie dans le service de M. le Dr Labadie-Lagrave. Thèse Bonnamy.

Homme, 37 ans. Début par des douleurs abdominales d'une intensité extrême qui firent tout d'abord croire à des coliques de plomb. Les douleurs s'exacerbèrent, devinrent intolérables et retentirent dans tout l'abdomen. Puis la diarrhée s'établit et l'amaigrissement ne tarda pas à faire des progrès assez rapides.

Cet état dura environ 6 mois, et, à la suite de deux mélæna le malade entra à l'hôpital.

On constata que l'amaigrissement était notable et que les téguments avaient la teinte subictérique des cancéreux, sans ictère à proprement parler. La palpation permit de sentir une tumeur mobile, dure, profonde à 5 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Urines négatives. L'examen des selles dénota la présence d'une grande quantité de petits grumeaux blancs de graisse. Un peu d'ascite. Mort dans le collapsus.

(Le canal de Wirsung était complètement oblitéré).

Durée, 7 mois.

Observation XXIII

Cancer primitif du pancréas. — Compression du canal cholédoque. — Rétention biliaire complète. Thèse Madre.

Homme, 60 ans. Début par anorexie, pyrosis, vomissements alimentaires et amaigrissement simultanément. Puis la cache-

xie vint rapidement, accompagnée d'une teinte jaune paille au début, mais qui devint franchement ictérique par la suite ; d'ailleurs selles décolorées sans traces de substances graisseuses. Examen des urines négatif sauf pour le pigment biliaire. Aucun renseignement par la palpation. Plus tard vomissements alimentaires ne renfermant pas de matières graisseuses. Mort dans le coma.

Durée, 1 mois 1/2.

Observation XXIV

Cancer de la tête du pancréas généralisé au foie. M. Garnier, interne des hôpitaux. *Progrès médical*, 1886, p. 1037.

Anne Naj..., âgée de 77 ans, est entrée le 23 mai à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, dans le service de M. Roques, suppléé par M. Chauffard. Elle avait eu trois mois auparavant des symptômes de colique hépatique avec ictère passager (à l'autopsie, outre les lésions cancéreuses, on trouva deux calculs, de la grosseur d'une noisette chacun, dans la vésicule biliaire). A son entrée on constatait de l'anorexie, des nausées, un léger degré d'ictère ; les selles étaient décolorées. L'ictère s'accentua dans l'espace de huit jours environ, puis resta stationnaire. La malade accusait dans l'hypochondre droit une douleur vive, spontanément et à la pression. Les vomissements, le plus souvent alimentaires, ne présentaient pas de caractère spécial. Les matières fécales étaient argileuses, non graisseuses à l'œil nu ; *mais le microscope y démontra une grande quantité de cristaux d'acides gras* qui disparaissaient dans l'éther et le chloroforme. Ce caractère permit à M. Chauffard de faire, pendant la vie, le diagnostic de cancer de la tête du pancréas. Le foie débordait les fausses côtes de trois travers de doigt et à sa surface, la palpation révélait des tumeurs marronnées dont le développement s'effectua rapidement. L'épigastre était le siège d'un empâtement profond. Il n'y eut pas d'ascite. La tempéra-

ture oscilla autour de 38°, avec rémissions matinales légères. Dans les trois derniers jours elle monta le soir à 40°. La malade était dans une sorte de demi-coma ; elle mourut le 24 juin, à 8 heures du matin.

Durée, 5 semaines.

Observation XXIV (*bis*)

Cancer primitif du pancréas comprimant les voies biliaires. P. Legendre. *Bull. Soc. méd. hôp.*, 1881.

Femme, 77 ans. Début par longue période d'anorexie, de dyspepsie et de dégoût pour la viande. Puis ictère et amaigrissement considérables. Tumeur épigastrique très dure et peu mobile. Œdème des malléoles.

Selles demi-liquides, jaunâtres et d'aspect graisseux. Urines négatives.

Durée? ?

Observation XXV

Cancer primitif du pancréas, envahissement des gros conduits biliaires. — Cancer secondaire du foie. Dr Gille-Bréchemin. *Bull. Soc. anat.*, 1879.

Homme, 66 ans. Début par amaigrissement, anorexie et dyspepsie, puis ictère devenant rapidement intense. Vomissements et à plusieurs reprises hématémèse et mélæna. Pas de douleurs à l'épigastre, même à la pression. Pas de tumeur appréciable par le palper. Œdème des jambes. Meurt cachectique.

Durée, 4 mois.

Observation XXVI

Cancer primitif du pancréas. Dr Kernig. *Petersb. Med. Woch.*, n° 4, *Jahresbericht*, 1882.

Homme, 53 ans. Ce qui frappe le plus dans cette observation c'est l'absence de troubles dyspeptiques pendant toute la durée de l'affection, sauf pendant la dernière semaine. Pas d'anorexie, pas de douleur, pas de vomissements. Le signe principal fut un ictère intense qui persista toute la durée de la maladie. Le palper avait permis de limiter une tumeur située profondément entre l'ombilic et le foie. Cette tumeur dure et passablement mobile était environ grosse comme une pomme d'api.

Durée ??

Observation XXVII

Cancer primitif du pancréas. Thèse Vernay.

Homme, 32 ans. Début par des troubles gastriques et un météorisme considérable, anorexie complète, dégoût des aliments, bouche sèche et pâteuse, soif exagérée.

Un mois après le commencement de la maladie, ictère progressif jusqu'à la fin. Les urines étaient fortement colorées. Selles argileuses.

Durée, 5 mois.

Observation XXVIII

Cancer primitif du pancréas ayant légèrement envahi le foie. Thèse Vernay.

Femme, 70 ans. Début par ictère rapidement intense. Aucun trouble dyspeptique tout d'abord. La palpation permet de

reconnaître une tumeur dure, bosselée et très peu douloureuse à la pression, siégeant au niveau de l'épigastre.

Au bout d'un mois environ, amaigrissement et vomissements fréquents. Les matières ont toujours été décolorées et les urines chargées de pigment biliaire. Mort dans le collapsus.

Durée, 3 mois 1/2.

Observation XXIX

Cancer primitif du pancréas. Dr Megs. *The Medical and Surgical report*, 1861.

Femme, 49 ans. Début par ictère, puis simultanément douleur épigastrique et vomissements devenant fréquents. Les urines étaient fortement colorées et les selles argileuses et décolorées. La constipation fut opiniâtre pendant toute la durée de la maladie. Répugnance invincible pour les aliments de quelque nature qu'ils fussent.

Coma, délire, mort.

Durée ?? mois.

Observation XXX

Cancer primitif du pancréas. Dr Boucaud. *Gazette hebdom.*, 1865.

Homme, 56 ans. Début par troubles dyspeptiques et vomissements revenant à intervalles irréguliers. Trois mois après, ictère et augmentation de fréquence des vomissements alimentaires et bilieux. Constipation opiniâtre pendant toute la durée de la maladie. Par le palper, on trouve une tumeur grosse comme une pomme dans l'hypochondre droit. Urines négatives; amaigrissement excessif. Mort.

Durée, 4 mois.

Observation XXXI

Cancer primitif du pancréas. Dr Labbé. *Bullet. Soc. Anat.*, 1865.

Homme, 75 ans. Début par douleurs violentes abdominales, douleurs surtout concentrées au niveau de l'épigastre et s'irradiant dans toute la cavité abdominale. Quelques vomissements bilieux au début, mais qui, comme la douleur, ne durèrent pas. Ictère léger plus marqué par la suite. Urines fortement colorées. Œdème des jambes et des pieds. Constipation opiniâtre. Examen négatif des urines. Les derniers jours le malade ne put rien conserver.

Durée, 5 mois.

Observation XXXII

Cancer primitif du pancréas propagé au foie. Dr Bruen. *Boston medical and surgical journal*, 1882.

Homme, âge ?? Début par dyspepsie et vomissements, puis douleurs aiguës analogues à des crampes d'estomac ; puis démangeaisons cutanées très vives précédant d'une semaine environ l'apparition d'un ictère qui dura toute la maladie ; amaigrissement progressif, cachexie. Mort.

Durée, 4 mois.

Observation XXXIII

Cancer primitif du pancréas propagé aux organes environnants. Dr Battersby. *Arch. gén. de médecine*, 1884.

Femme, 60 ans. Début par douleur dans le dos, les épaules et les bras. Peu après le début, constatation à l'épigastre d'une

tumeur dure, mobile, de la grosseur d'une orange, puis douleur dans l'hypochondre droit, augmentée par la pression au niveau de la tumeur précitée. Constipation constante, selles aqueuses ou glaireuses manquant de bile. Dans son lit ou levée, la malade était presque toujours couchée en avant, cette position diminuant les douleurs. Anorexie complète ; la bouche semblait toujours pleine de salive ; œdème considérable des jambes et des cuisses. L'ascite devint considérable. Cachexie, mort.

Observation XXXIV

Cancer primitif du pancréas. — Nodules secondaires dans l'estomac, le foie, les reins et la peau.

Femme, 64 ans. Le diagnostic porté fut « Ectasie aortique ». Un seul symptôme se présenta, ce fut une douleur continuelle avec exacerbations de temps à autre, en même temps que, par la palpation, on sentait assez mal une tumeur pulsante qui fut prise pour la dilatation du vaisseau ; cette erreur s'explique d'autant mieux que la tumeur, ayant commencé à envelopper l'aorte près du tronc cœliaque, amenait la production d'un bruit systolique distinct.

Durée ? ?

Observation XXXV

Cancer primitif du pancréas. — Généralisation aux organes environnants. — Phlegmasia alba dolens. Dr Cane. *British Medical Journal.* Feb. 1883.

Homme, 59 ans. Début par phlegmasia alba dolens, sans autre signe pendant 3 mois ; puis amaigrissement progressif, aphasie et paralysie graduelle du bras droit et du côté droit de la face. Par le palper, on pouvait nettement sentir une tumeur un peu au-

dessous et en dehors du creux épigastrique ; amaigrissement considérable. Cachexie. Mort.

Durée, 9 mois.

Observation XXXVI

Cancer de la tête du pancréas. Ch. Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, 2e édit., p. 172.

Homme, ? ans. Début par diarrhée quotidienne avec borborygmes, sans douleur, survenant environ trois heures après le repas, constituée par des matières mal digérées, extrêmement fétides. Amaigrissemnet rapide et *glycosurie ;* 4 mois après le début, apparition d'une tumeur qui, par sa forme, sa direction, était évidemment une tumeur du pancréas.

Durée, 4 à 5 mois.

Observation XXXVII

Cancer probablement primitif du pancréas ; propagation secondaire aux organes voisins et notamment au foie. M. Ramey. *Bull. Soc. anat. et phys. de Bordeaux*, 1883, p. IV.

Homme, 48 ans, exerçant la profession de laboureur, raconte qu'il est malade depuis un mois environ. A cette époque, il s'est plaint de quelques douleurs abdominales, d'une constipation opiniâtre, d'une diminution considérable des forces et d'un amaigrissement rapide.

Voyant son état empirer, le malade se décide à entrer à l'hôpital St-André, salle 13, lit 30, le 25 septembre 1882.

Notre sujet a une physionomie souffreteuse. L'amaigrissement est général, la faiblesse musculaire considérable ; quant à la peau elle est sèche, d'une teinte brunâtre et en quelque sorte collée sur les os. Le ventre, rétracté en bateau, est très

douloureux à la pression ; aussi l'exploration de cette région est-elle rendue difficile, non seulement à cause de la douleur constante que le malade éprouve dans tout l'abdomen, mais encore en raison de la contraction des muscles abdominaux.

La constipation opiniâtre cède à peine devant les purgations les plus énergiques. La percussion et l'auscultation ne fournissent aucun signe notable du côté des poumons et du cœur. L'examen des urines est complètement négatif.

Tel est l'état du malade à son entrée à l'hôpital. Pendant la durée de son séjour la constipation persiste comme par le passé, l'amaigrissement fait des progrès de jour en jour, les forces vont en diminuant et le malade meurt dans le marasme le 1er janvier 1883.

Durée, 5 mois.

A l'autopsie, nous avons tout d'abord rencontré des tubercules cancéreux disséminés çà et là dans les deux poumons. Le foie était également carcinomateux à sa surface, il était facile de constater çà et là une série de tumeurs marronnées d'un blanc jaunâtre, formant une saillie hémisphérique dont le centre était déprimé en forme de cupule. Le pancréas dans son entier avait subi la dégénérescence cancéreuse et l'examen macroscopique nous a montré que, selon toutes probabilités, nous avions affaire à un squirrhe, variété qui d'ailleurs paraît se montrer le plus fréquemment. Enfin nous avons constaté que le duodénum adhérait complètement au pancréas, mais que le calibre de cette portion de l'intestin grêle n'avait ni augmenté ni diminué de volume.

Quant au canal cholédoque, il nous a été permis de le cathétériser à l'aide d'un fil de crin. L'ampoule de Vater est encore visible, et l'on aperçoit nettement l'embouchure du canal pancréatique.

Observation XXXVIII

Cancer primitif du pancréas. Isch Wall. *Progrès médical,* juin 1888.

Le nommé G..., âgé de 49 ans, entre le 26 janvier à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. le Dr Marchand, pour un fibrome douloureux de la paroi abdominale. C'est un homme de force moyenne, bien portant d'habitude, n'ayant aucun antécédent morbide en dehors d'une scarlatine dont il fut atteint à l'âge de 17 ans. Son père vit encore et se porte bien. Quant à sa mère, elle est morte d'un carcinome utérin.

Le fibrome dont il est porteur siège un peu au-dessus de l'arcade crurale, à 2 cent. de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; il est gros comme une noisette et est relié à l'aponévrose du grand oblique par un pédicule très grêle et suffisamment long pour permettre de le mobiliser en tous sens. Lorsque l'on touche cette tumeur on provoque des douleurs assez vives, aussi le malade veut-il en être débarrassé, bien que l'idée d'une opération lui procure une vive émotion. Cinq jours après son entrée à l'hôpital, G... présente subitement des symptômes d'ictère, coloration jaune de la peau et de la conjonctive, coloration très foncée des urines, etc. ; en même temps, il est en proie à un malaise général ; il se sent très faible et ne peut se tenir debout ; il a des vomissements, et, depuis quelques jours, une constipation opiniâtre ; sa langue est très sale.

On fait passer le malade en médecine, dans le service de M. le Dr Landrieux. On constate alors, outre les symptômes précédents, que le foie est augmenté de volume ; lorsqu'on palpe l'abdomen, on provoque dans les hypochondres et à l'épigastre, mais surtout dans l'hypochondre droit, une douleur assez vive. Le malade nous dit que depuis quelque temps il ressent à ce niveau des douleurs venant de son fibrome en s'irradiant ; actuellement, il accuse des douleurs spontanées partant de

l'hypochondre droit et se propageant vers l'épaule du même côté. Il souffre suffisamment pour ne pouvoir se coucher sur le côté gauche. A ces troubles s'ajoutent des douleurs vagues dans les articulations et de l'anorexie. Pas de fièvre ; pas d'albumine dans les urines ; on ne sent de tumeur nulle part. Pas de troubles respiratoires. On porte le diagnostic d'ictère catarrhal.

Quelques jours après le passage en médecine, comme la constipation persiste on administre des purgatifs qui entraînent une débâcle de matières d'abord colorées, puis argileuses.

L'état du malade reste le même jusqu'au 22 février ; à cette date, il est pris brusquement de fièvre coïncidant avec l'apparition d'un gonflement des régions parotidiennes, il tombe dans le collapsus et à 1 h 1/2 il meurt.

Durée, 22 jours.

Autopsie. — Le pancréas plus que doublé de volume est totalement dégénéré en une masse cancéreuse résistante, blanche, uniforme, criant un peu sous le couteau et donnant par le raclage un suc caractéristique, ce cancer vient comprimer le canal cholédoque, aussi, la vésicule biliaire est-elle énormément distendue, mais le foie n'est nullement envahi par le néoplasme. Le duodénum et l'estomac sont également respectés. La rate est saine, mais l'on trouve de nombreux noyaux de généralisation dans les reins. Ces derniers sont parsemés de très nombreux nodules carcinomateux gros comme de petites noisettes. La capsule surrénale du côté droit est totalement transformée en une masse néoplasique. Les reins sont d'ailleurs doublés de volume. Les uretères et la vessie sont normaux. Nous recueillons l'urine renfermée dans cette dernière et n'y trouvons aucune trace de sucre. Le mésentère est parsemé de petits noyaux cancéreux. Les médiastins renferment de nombreux ganglions dégénérés ; enfin, dans le poumon droit, se trouve, vers la base, un foyer cancéreux gros comme une mandarine.

Tous les autres viscères sont normaux. La tumeur de la paroi abdominale est bien un fibrome.

Ce qui est surtout remarquable dans cette observation c'est le développement qu'a pu prendre le cancer du pancréas sans amener de troubles notables ; à part quelques douleurs peu intenses rien n'était capable de mettre sur la voie du diagnostic, et l'ictère qui a précédé la mort s'est d'abord montré si bénin que l'on a pensé à un ictère catarrhal ; le malade lui-même attribuait cet ictère à l'émotion produite par l'approche d'une opération. Aucun trouble n'a d'autre part attiré l'attention sur les organes présentant des noyaux de généralisation.

Observation XXXIX (personnelle)

Cancer primitif du pancréas. — Carcinose miliaire aiguë secondaire, Bulletin de la Société de médecine de Rouen. Caron, 1888.

Le nommé B..., entre à l'Hospice-Général le 30 mars 1888, salle Saint-Joseph, lit n° 22, service de M. le Dr Gargam, suppléé ensuite par M. le Dr Boucher.

Depuis deux mois, il se plaignait de douleurs vagues dans la région abdominale et de coliques légères. Quinze jours après le début de sa maladie, il a été envahi par un ictère donnant à ses divers tissus, peau, conjonctives et muqueuses, une couleur jaune foncé.

Le diagnostic porté d'abord fût « cirrhose hypertrophique, l'observation donnant les renseignements qui suivent :

Antécédents héréditaires. — Père mort à 80 ans ; mère morte à 55 ans (?). Fils unique.

Sa femme a eu de lui 6 enfants et a fait une fausse couche. Trois enfants sont morts en nourrice à 4, 4 1/2 et 11 mois et trois sont encore vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — A 30 ans, fluxion de poitrine ; à 40 ans, lésion charbonneuse de l'épaule gauche (large cicatrice d'incision) ; à 54 ans, soigné à l'Hôtel-Dieu, pour rétention d'urine ; à 60 ans, érysipèle de la face.

Diathèses. — Pas de traces de syphilis. Nutrition retardante : varices très développées dès l'enfance, hémorrhoïdes, migraines, nodosités digitales d'Heberden très marquées. (Le voisinage d'un anthrax très douloureux et dont il va être parlé plus loin n'a permis ni la recherche de la dilatation de l'estomac, *ni le palper de la région.*) Éthylisme habituel avoué.

A part ces divers accidents et ces tares arthritiques, santé générale bonne jusqu'à l'âge de 42 ans.

Histoire de la maladie. — Il y a 4 mois 1/2 environ, le malada se plaignit de douleurs vagues, *peu intenses*, dans la région épigastrique et dans l'hypochondre droit ; quelques coliques et une légère diarrhée accompagnèrent ces douleurs qui durèrent environ un mois et disparurent *pour ne plus revenir.*

Quinze jours après, ictère accentué avec coloration des téguments en jaune foncé. Décoloration complète des fèces, décoloration qui persistera jusqu'à la fin et urines rouges fortement colorées.

Cet état dura 3 mois, pendant lesquels, à part l'ictère, le malade se porta relativement bien. *Appétit conservé*, soif assez vive, 2 à 3 litres par jour. *Pas d'amaigrissement*, jamais d'hémorrhagies.

Il y a trois semaines environ l'appétit diminua, le malade commença à s'affaiblir en même temps qu'un anthrax volumineux se déclarait sur le ventre avec le cortège habituel des accidents pyrétiques qui accompagne la naissance de ces phlogoses. Cet anthrax de 11 cent. sur 8 environ, suivit son cours régulier sans cependant qu'aucun trajet fistuleux ne s'établît à sa surface.

État actuel, 8 juillet. — Examen. Le malade est dans le décubitus dorsal, les jambes légèrement fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin ; cette position relâchant la paroi

abdominale, siège de l'anthrax, soulage le malade qui est considérablement amaigri. La cachexie est grande. Les téguments ont la coloration ictérique susmentionnée. Le malade se plaint de démangeaisons vives et continuelles sans qu'aucun signe visible autre que l'ictère puisse les expliquer.

A l'œil gauche, on remarque un leucome central adhérent et une déformation cicatricielle de la cornée, suite de brûlure. Un ptérygion empiète de 2 à 3 millim. sur la cornée.

Foie. — La matité du foie se perçoit au niveau des dernières fausses côtes dans un espace de 2 1/2 à 3 cent. à la partie moyenne et latérale du thorax. En avant, la matité déborde d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes en s'approchant de l'appendice xiphoïde.

Poumon. — La percussion ne donne aucun renseignement; l'auscultation ne permet de constater que l'existence de quelques râles d'emphysème aux deux sommets avec diminution du murmure vésiculaire.

Rate. — Matité d'environ 8 cent. sur 3.

Cœur. — Très léger souffle au 1er temps et à la base.

Urines. — (Analyse de M. Ducasse, pharmacien en chef de l'Hospice-Général.) — Quantité moyenne : 1 litre 20.

Couleur jaune rouge.

Limpidité faible.

Sédiments : légers flocons au fond du vase.

Réaction acide.

Urée : 2 gr. par litre, soit 2 gr. 20 en 24 heures.

Sucre, albumine : néant.

Bile : coloration verte caractéristique avec l'acide azotique.

10 juillet. Affaiblissement, délire léger, râles muqueux dans les deux bases des poumons.

Le 12. Cachexie extrême ; le malade ne peut plus rien prendre.

Le 16. Meurt dans le coma.

La lecture de cette observation amènera, nous le pen-

sons, à la confirmation du diagnostic porté dès le premier abord. En effet, avec les antécédents éthyliques comme étiologie, les douleurs dans l'hypochondre droit, l'ictère coïncidant avec le début de l'affection, l'absence absolue d'ascite et d'œdème, l'anorexie et l'amaigrissement tardifs, l'augmentation de la matité de la région préhépatique et la diminution considérable de l'urée excrétée comme signes, l'idée de cirrhose hypertrophique semblait s'imposer.

L'autopsie réservait une surprise.

Autopsie, trente heures après la mort.

Le cadavre est dans l'état le plus complet d'émaciation. Les téguments ont conservé la teinte dont nous avons parlé plus haut. Disons d'ores et déjà que tous les organes auront cette coloration très marquée.

A l'ouverture du corps, les poumons sont adhérents à la plèvre à leur partie inférieure, notamment le gauche qu'on ne peut enlever qu'au prix d'une perte considérable de tissu.

Les plèvres, le diaphragme, le péritoine, la partie supérieure du foie, le pancréas, la rate, les reins, sont adhérents et c'est également au prix de pertes de substance qu'on peut enlever ces différents organes. Il est impossible de séparer le péritoine du diaphragme et le diaphragme des plèvres, le tout *farci* de noyaux cancéreux ; beaucoup d'entre eux sont purulents.

L'épiploon gastro-hépatique est notamment le siège d'une infiltration cancéreuse considérable formant une masse dure, bosselée, volumineuse qui, accolée à la face inférieure du foie vers la partie interne de son bord antérieur, refoule le côlon transverse et donne ainsi l'explication de l'augmentation de matité constatée lors de l'examen au lit du malade (1).

Poumons. — La partie supérieure présente de l'emphysème

(1) Voir l'Obs. XVI.

pulmonaire. Des plaques noires d'anthracosis sont disséminées sur la surface des deux poumons. Le poumon droit n'offre rien de particulier ; le poumon gauche est infiltré à sa partie inférieure par des noyaux d'apparence lardacée qui paraissent être des noyaux cancéreux.

Un fragment de cette partie inférieure ne surnage pas dans l'eau. A côté des noyaux indurés, d'autres noyaux renfermant du pus surtout à la partie inférieure ; ce pus provient vraisemblablement des lymphatiques du voisinage, d'autant plus que presque tous les *lymphatiques* de la cage thoracique sont remplis de pus et que les ganglions hypertrophiés sont farcis de granulations spécifiques.

Aorte. — Nombreuses plaques d'athérome, notamment au niveau du tronc brachio-céphalique, de la carotide primitive et de la sous-clavière gauche.

Péricarde. — Pas de liquide dans le péricarde.

Cœur. — Valvules intactes. Épaississement assez notable du ventricule gauche ayant environ 2 cent. d'épaisseur. Quelques caillots fibrineux dans l'intérieur de la cavité.

Rate. — La rate se détache difficilement du péritoine auquel adhère la plus grande partie de sa capsule qu'il est impossible de décoller.

Elle présente de nombreuses indurations et le parenchyme splénique crie sous le couteau.

Reins. — Substances médullaire et corticale jaunâtres présentant nettement des plaques nombreuses et étendues de dégénérescence amyloïde, plaques bleuissant avec la teinture d'iode.

Estomac. — Un peu dilaté. Pas de traces de noyaux cancéreux. A l'ouverture, on constate qu'il est au tiers rempli de pus dû à une gastrite phlegmoneuse ayant envahi toute la muqueuse stomacale.

Foie. — Gorgé de bile verte très foncée, qui lui donne la couleur vert épinard. Paraît diminué de volume (1080 gr.). Absolument adhérent au diaphragme où la capsule de Glisson reste collée en plusieurs endroits.

Le parenchyme hépatique est parsemé de taches jaunes de dégénérescence graisseuse. A la coupe, on trouve des noyaux d'induration et les sections sont semées de petits points jaunâtres qui sont reconnus comme des noyaux carcinomateux. Le lobe gauche paraît plus atrophié que le lobe droit.

Vésicule biliaire. — Très dilatée : du volume d'une grosse poire. Elle contient environ 25 centilitres de bile verte noirâtre, rappelant sous une certaine épaisseur la terre de Sienne brûlée.

Pancréas. — Adhérent à tous les organes du voisinage et remplacé par une masse cancéreuse dure, bosselée, lardacée, de la grosseur du poing, dans laquelle il est impossible de rien distinguer de l'organe primitif. Plus de traces de canal de Wirsung, de l'extrémité du canal cholédoque, de l'ampoule de Vater qui sont transformés en une masse informe envahissant légèrement la partie correspondante du duodénum sur une surface de 8 à 10 centimètres carrés.

L'état de cet organe, comparé à celui des autres organes splanchniques, ne laisse aucun doute sur le début de l'affection carcinomateuse.

Observation XL (personnelle)

Cancer primitif du pancréas propagé à la paroi postérieure de l'estomac, à l'épiploon et au foie (Inédite.)

Pélagie G..., 79 ans, trameuse.

Antécédents héréditaires. — Père (?). Mère morte à 58 ans d'un cancer de la matrice.

A eu quatre enfants : un mort à 4 mois de diarrhée verte, un à 3 ans 1/2 du croup, une morte à 22 ans de la poitrine : un vivant et bien portant.

Antécédents personnels. — Rougeole, coqueluche dans l'enfance. A 35 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu

dans le genou, le coude et le poignet du côté droit. Arthritique, varices aux jambes, migraines fréquentes dans l'adolescence, artères athéromateuses. Pas de traces de syphilis ni d'éthylisme.

Histoire de la maladie. — Reçue comme vieillard à l'hospice en 1886, entra deux ans après à l'infirmerie St-Vincent-de-Paul, service de M. le Dr Gargam, se plaignant de douleurs et de crampes à l'estomac. L'observation prise le 15 juillet donne les renseignements suivants.

Depuis trois mois environ Pélagie G.... a perdu complètement l'appétit ; rien ne lui semble bon ; les œufs et le lait seuls sont assez bien tolérés, mais elle a pour la viande un dégoût invincible. Depuis cette époque, elle a passablement maigri. Elle se plaint en outre de souffrir de douleurs vagues, sourdes, dans la région épigastrique, douleurs qu'exacerbent à peine la pression et le passage des aliments.

La succussion permet de constater une dilatation de l'estomac assez notable.

La malade ne vomit pas habituellement, mais la digestion est plus pénible ; toutefois, le mois dernier, peu de temps après le repas, elle a, à deux reprises différentes, rendu les aliments qu'elle avait ingérés.

Le palper de la région douloureuse permet de sentir nettement dans l'hypochondre droit, à environ trois travers de doigt au-dessous et en dehors de l'appendice xiphoïde, une tumeur dure, bosselée, assez mobile, peu sensible à la pression et à peu près de la grosseur d'un œuf de poule. La teinte des téguments est cireuse, blanchâtre légèrement jaune paille comme on l'observe généralement chez les cancéreux. L'examen de l'abdomen, un peu météorisé, permet de constater une faible quantité de liquide.

L'auscultation des poumons révèle un peu d'emphysème pulmonaire et de bronchite chronique.

Au cœur, léger souffle diastolique à la base.

20 et 21 juillet. La malade a rendu ses aliments à chaque

fois qu'elle a pris quelque chose. L'ascite est beaucoup plus marquée. Potion de Rivière, glace.

Le 22. Les vomissements sont arrêtés ; la malade n'a pas été à la selle depuis quatre jours. H. de ricin, 30 gr.

Le 25. Vomissements dans la journée parmi lesquels se trouve mêlée une certaine quantité de sang sous forme de poudre noire (marc de café).

On constate un peu d'œdème malléolaire plus accentué à droite qu'à gauche. L'amaigrissement marche progressivement.

Le 28. La constipation est opiniâtre, lavement purgatif; deux selles pendant la nuit. Le bassin conservé contient quelques scybales dures et marronnées et une notable proportion de sang sous le même aspect que celui rendu par vomissement. Pas de traces de matières grasses ou huileuses. Les urines sont rouges, colorées et chargées d'urates ; leur examen est négatif quant au sucre et à l'albumine.

La douleur siégeant au creux épigastrique est plus vive, plus lancinante qu'au début avec retentissement dorsal.

Le 31. L'œdème des jambes est de plus en plus marqué. Les vomissements alimentaires sont quotidiens. Dans la matinée, mélæna. Lavements peptones.

Du 1er au 5 août. Même état. La tumeur siégeant dans l'hypochondre droit ne paraît pas avoir augmenté de volume. Par contre les douleurs augmentent et sont intolérables, les vomissements deviennent incoercibles.

Le 6. Les conjonctives et les muqueuses sont légèrement teintées en jaune. L'ascite est de plus en plus considérable ; la circulation collatérale devient très manifeste. La constipation est toujours opiniâtre.

Le 7. L'ictère a légèrement augmenté.

Les selles argileuses et décolorées ne contiennent aucune trace de matières graisseuses ; l'examen des urines chargées de pigment biliaire est toujours négatif.

La malade est très abattue et considérablement amaigrie ; la cachexie est complète.

Le 8. Même état.

Les 9 et 10. La malade est dans le coma.

Le 11. Mort à 1 heure du matin.

Durée, 4 mois.

AUTOPSIE, 33 heures après la mort. — L'aspect extérieur du cadavre très émacié ne présente rien d'anormal.

A l'ouverture, les *poumons* sont emphysémateux et parsemés de quelques granulations tuberculeuses crétacées.

Cœur. — Légère surcharge graisseuse. De nombreuses plaques d'athérome siègent à la naissance de l'aorte et ont envahi les valvules sigmoïdes.

Pancréas. — Transformé en une masse dure, bosselée, scléreuse et adhérente à la paroi postérieure de l'estomac.

Estomac. — Légèrement dilaté et contenant environ 60 gr. de pus. La paroi postérieure est semée de noyaux cancéreux pénétrant plus ou moins dans son épaisseur ; plusieurs d'entre eux ont fait irruption à l'intérieur et gagné la muqueuse qui est le siège d'une gastrite phlegmoneuse tout autour d'eux.

Foie. — Très volumineux et atteint de dégénérescence graisseuse très accentuée. Le lobe droit, surtout dans le voisinage du bord interne, est semé de noyaux cancéreux disséminés, dont deux environ de la grosseur d'une noix. Le canal cholédoque est intact et la communication avec le duodénum par l'ampoule de Vater est entièrement libre.

Le *mésentère* et *l'épiploon gastro-hépatique* sont envahis dans leurs parties avoisinantes.

Les autres organes ne présentent rien d'anormal.

OBSERVATIONS DE MM. BARD ET PIC (1)

Observation XLI

Ictère chronique. Cancer de la tête du pancréas. — Autopsie : Cancer de la tête du pancréas ; dilatation de la vésicule biliaire ; noyaux secondaires dans le foie. Chefs du service : M. le professeur R. Tripier, suppléé ensuite par M. Bard. Interne : M. Devic. Obs. 511 de la collection de M. Bard, pièces histologiques, n° 50.

D., Jeanne, âgée de cinquante-huit ans, ménagère, née à Bernex (Suisse), demeurant à Lyon depuis quarante ans, entre à l'Hôtel-Dieu, 4e salle de femmes, n° 21, le 22 janvier 1885.

Les parents de la malade sont morts à quatre-vingts ans de maladies indéterminées. Ils ont perdu deux enfants en bas âge de maladies inconnues ; trois vivent, deux sont bien portants ; le troisième est la malade ici présente qui affirme s'être toujours très bien portée ; avoir toute sa vie exercé une profession pénible, n'avoir jamais tenu le lit un seul jour.

A eu deux enfants, âgés l'un de quatorze ans, l'autre de vingt-six ans, et qui sont bien portants ; n'en a point perdu.

Ménopause à cinquante-deux ans. Ne porte sur le corps aucune cicatrice.

Le début de l'affection remonterait à deux mois environ ; la malade affirme qu'avant cette époque elle ne s'était aperçue d'aucun changement dans son état de santé, que son appétit n'avait pas diminué, qu'elle pouvait manger de la viande aussi bien que des légumes, qu'elle prenait bien quelquefois des indigestions, mais pas plus souvent qu'elle n'en avait pris toute sa vie.

(1) Cancer primitif du pancréas. *Revue de médecine*, 1888, nos 4 et 5.

Il y a deux mois, elle eut une indigestion qui la fit vomir pendant deux jours ; le lendemain apparaissait un ictère qui, au bout de quarante-huit heures, fut aussi intense qu'il l'est aujourd'hui.

Jamais elle n'eut rien qui puisse faire songer à des coliques hépatiques. Quoiqu'elle s'alimentât un peu, ses forces allaient en diminuant rapidement, et depuis six semaines environ elle tient le lit.

Actuellement la teinte ictérique est fortement accusée, le prurit, qui existait, a disparu depuis quelques jours. Les matières sont décolorées : les urines brun acajou sont peu abondantes et donnent par l'acide azotique la coloration verte ; elles contiennent en outre de l'albumine. Pas de sucre.

La langue est saburrale ; depuis le début de l'ictère, la malade n'a pris presque que des potages : toutes les fois qu'elle a essayé de manger de la viande, elle l'a vomie. En dehors de ces vomissements alimentaires, elle a eu, surtout à jeun, des vomissements bilieux et glaireux. Ni mélæna, ni hématémèse.

La palpation de l'abdomen est indolente. La matité hépatique est augmentée aussi bien en hauteur que transversalement ; le bord inférieur dépasse les fausses côtes d'au moins 8 centimètres ; vers le 1/3 interne de ce bord on sent comme appendue à lui une tumeur lisse du volume d'une orange, faisant sur la paroi abdominale une saillie très prononcée de forme sphérique. Cette tumeur est mate et indolente à la pression, elle ne paraît avoir aucun rapport avec le rein et l'utérus. Pas d'ascite.

La malade dit tousser souvent et cracher des glaires. L'examen du thorax donne une diminution de la sonorité à la base droite, avec obscurité du murmure à ce niveau sans modification de la voix.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace en dedans du mamelon ; les battements sont réguliers, 88 par minute ; le premier bruit vers la pointe est très légèrement soufflant, pas de propagation à l'aisselle. Amaigrissement, perte des forces ;

pas de pli cachectique. Ne s'est pas aperçue du développement de la tumeur, ne peut pas donner de renseignements à ce sujet.

3 janvier. La tumeur est un peu mobile, les téguments n'y adhèrent pas ; elle se continue bien avec le bord inférieur du foie. Affirme n'avoir jamais, ou plutôt que très rarement, bu des liqueurs, assez souvent du vin entre les repas Pas d'intolérance spéciale des aliments gras.

Le 5. Le dos des mains et les régions péri-malléolaires sont un peu œdématiés.

Le 8. Quoiqu'il n'y ait pas de modifications apparentes dans son état, la malade prend du poulet avec plaisir ; après, elle n'a ni nausées, ni vomissements.

14 mars. Sans que la malade ait accusé rien d'anormal, la peau est chaude ; pas de frisson, la température rectale prise hier soir était de 39°,8. La malade ne se plaint d'aucune douleur. Les signes locaux n'ont pas changé, sauf la couleur ictérique qui est plus prononcée. Depuis les premiers jours de janvier, on n'a remarqué qu'un affaiblissement graduel ; pas de troubles digestifs nouveaux.

Le 21. Un peu d'ascite ; la tumeur n'a pas changé de forme ni de volume. L'examen de la poitrine ne révèle rien de nounouveau.

1er avril. La température, qui, pendant quinze jours, avait oscillé de 37°,5 à 38°,5, est tombée depuis trois jours au-dessous de la normale ; la malade est très abattue. Le ventre a augmenté de volume, mais le liquide ne semble pas avoir augmenté. Les matières fécales sont toujours décolorées ; les urines donnent toujours avec l'acide azotique la coloration verte et contiennent de l'albumine.

Le 2. N'a pas uriné depuis hier ; la vessie ne contient pas de liquide. Pas de selles. La prostration est de plus en plus marquée. La malade prend encore beaucoup de liquides, très peu d'aliments solides. Pouls, 88. L'ascite rend la tumeur moins nette. Comme elle l'a toujours fait, la malade répond, quand on lui demande de ses nouvelles, qu'elle se trouve mieux.

Le 3. Toujours pas d'émission d'urine, rien dans la vessie. Depuis hier, elle a eu, à plusieurs reprises, des mouvements convulsifs des membres, de la face ; elle répond bien aux questions qu'on lui adresse, pousse des gémissements dans les grandes inspirations. Lèvres couvertes de fuliginosités.

Le 4. Même état.

Le 5. La température continue à baisser. L'ascite augmente et rend plus difficile la palpation de l'abdomen. Les accidents convulsifs se sont rarement reproduits cette nuit. La malade a eu hier une selle formée, au dire de la sœur, par des matières grises semi-liquides. Émission involontaire d'une petite quantité d'urine. Pas un seul vomissement, pas plus que depuis son entrée à l'hôpital. Répond à peine quelques mots inintelligibles quand on l'interroge.

Le 6. Morte à 8 heures du soir, sans avoir rien présenté de nouveau à signaler.

Relevé des températures rectales du 13 mars au 6 avril 1885. — 13 mars, soir, 39°,8 ; — 14, m., 37°,6 ; s., 38°,5 ; — 15, 37°,1 ; 38°,8 ; — 16, 37°,4 ; 38°,5 ; — 17, 37° ; 38° ; — 18, 37°,4 ; 38°,5 ; — 19, 37°,5 ; 38°,2 ; — 20, 37°,9 ; 38°,6 — 21, 37°,5 ; 38°,9 ; — 22, 37°,2 ; 39°,6 ; — 23, 37°,6 ; 38°,6 ; — 24, 37°,8 ; 38°,8 ; — 25, 37° ; 38°,3 ; — 26, 37°,4 ; 38°,5 ; — 27, 37°,3 ; 38°,3 ; — 28, 37°,5 ; 37°,6 ; — 29, 40° ; 39°,2 ; — 30, 36°,5 ; 34°,5 ; — 31, 35°,2 ; 35°,9 ; — 1er avril, 35°,8 ; 35°,7 ; — 2, 34°,4 ; 35°,4 ; — 3, 34°,4 ; 34°,3 ; — 4, 33,9 ; 33°,1 ; — 5, 32°,6 ; 32°,6.

Durée, 5 mois.

Observation XLII

Cancer de la tête du pancréas. — Ictère chronique; albuminurie par néphrite. — Autopsie : Cancer de la tête du pancréas; noyaux secondaires dans le foie ; néphrite interstitielle chronique ; hypertrophie du ventricule gauche ; pneumonie lobaire droite ultime. Chef du service : M. Bard. Interne : M. Chabannes. Obs. 512 de la collection de M. Bard, pièces histologiques, n° 51.

J..., Jacques, âgé de soixante et onze ans, cultivateur, né à Lésigneux, demeurant à Lyon, entre le 10 mars 1886 à l'hôpital Saint-Pothin, salle Saint-Pierre, n° 1.

Veuf, avec des enfants déjà âgés, se portant bien. Il en a perdu deux dans la première enfance, de convulsions. Lui-même n'a jamais fait de maladie sérieuse ; il ne s'est jamais alité. Depuis huit ans cependant, il ressentait, au moment des travaux des champs, des douleurs violentes dans les lombes, s'irradiant surtout dans le bas-ventre.

Il ne se rappelle pas avoir eu d'ictère ; on ne lui a non plus jamais dit qu'il était jaune. Ses urines étaient alors, dit-il, très chargées en couleur, très épaisses ; mais ces douleurs ne furent jamais assez violentes pour lui faire tenir le lit ou même l'arrêter dans ses travaux.

Il y a six mois, ses mictions devinrent plus fréquentes, le besoin d'uriner plus impérieux, avec un certain degré d'incontinence ; pas de dysurie matinale, pas d'hématurie. Il y a trois semaines, un de ses voisins lui fit observer qu'il était devenu jaune ; lui-même ne s'était aperçu de rien, n'éprouvait aucun symptôme anormal, si ce n'est une diminution dans son appétit qui datait de plusieurs mois. Il n'a pas maigri d'une façon sensible.

Actuellement, le malade présente une couleur ictérique de la

face très accentuée. Il avait le teint hâlé par le soleil, il en résulte une teinte bronzée, plus foncée qu'on ne l'observe de coutume dans les ictères de date récente. Les sclérotiques sont jaunes, le tronc et les membres sont atteints aussi, mais ils ont une nuance beaucoup plus claire.

Foie. — La matité hépatique est notablement abaissée. Sa limite supérieure est située sur la septième côte, en bas sur une ligne transversale passant par l'ombilic ; on délimite assez facilement à la palpation le rebord tranchant ; sa surface est généralement lisse ; cependant sur une ligne transversale passant par l'ombilic et à quelques centimètres de lui, on sent une petite tumeur molle, qui échappe quand le malade vient à contracter ses muscles abdominaux. Elle a le volume d'une grosse noix et n'est pas très douloureuse.

A l'*épigastre*, quand les muscles de l'abdomen sont dans le relâchement, on sent une rénitence profonde ; pas de tumeur. La matité existe aussi à ce niveau ; elle se continue transversalement avec celle du foie.

Au *cœur*, pas de souffle proprement dit ; le premier bruit paraît un peu plus prolongé ; les battements sont énergiques, le pouls est lent, plein. La pointe est abaissée, elle bat sur la ligne mamelonnaire, dans le septième espace gauche.

La peau est sèche, ridée. Selles régulières ; pas de constipation.

Urines : pigment biliaire abondant et une notable quantité d'albumine. Pas de sucre.

25 mars. Tumeur épigastrique plus nette. La tumeur molle paraît être la vésicule distendue. Augmentation de l'ictère, de la cachexie et de l'amaigrissement.

16 avril. Mort dans le collapsus.

Relevé des températures rectales :

24 mars 1886, soir, 36°,6 ; — 25, 36°,6 ; 36°,8 ; — 26, 36°,4 ; 36°,6 ; — 27, 36° ; 36°,5 ; — 28, 36° ; 36°,5 ; — 29, 36°,5 ; 36°,6 ; — 30, 36°,4 ; 36°,6 ; — 31, 36°,2 ; 36°,6 — 1er avril, 36°,3 ; 36°,5 ; — 2, 35°,8 ; 36°,5 ; — 3, 36°,3 ; 36°,6 ; — 4, 36°,4 ; 36°,6 ; — 5,

36°,4 ; 36°,7 ; — 6, 36°,5 ; 37°,1 ; — 7, 36°,7 ; 36°,5 ; — 8, 36°,1 ; 36°,8 ; — 9, 36°,4 ; 36°,7 ; — 10, 36°,3 ; 36°,5 ; — 11, 36°,5 ; 36°,8 ; — 12, 36°,8 ; 37°,5 ; — 13, 36°,7 ; 37°,2 ; — 14, 36°,9 ; 36°,5 ; — 15, 37° ; 36°,8 ; — 16, 36°,4.

Observation XLIII

Cancer du pancréas ; ictère par compression du canal cholédoque. — Autopsie : Cancer de la tête du pancréas; dilatation de la vésicule biliaire ; calculs biliaires dans le canal cystique ; nodules secondaires du foie ; abcès dans le rein gauche ; hydronéphrose du rein droit par compression de l'uretère. Chef du service : M. Bard. Interne : M. Proby. Obs. 513 de la collection de M. Bard, pièces histologiques, n° 52.

G..., Jeannette, âgée de soixante-deux ans, lingère, née à Moidieu, demeurant à Lyon, entre à l'hôpital Saint-Pothin, salle Sainte-Marie, n° 24, le 4 août 1886. Pere et mère morts très âgés ; sur 5 frères ou sœurs, 3 sont morts, dont un après avoir eu des donleurs abdominales et des hémorrhagies. Veuve ; 5 enfants, 3 morts, deux par accidents ; le 3e a eu « la pierre dans le foie ».

Jamais de maladies dans son enfance ; quelques croûtes d'eczéma dans les cheveux. Réglée à onze ans, toujours régulièrement, jusqu'à cinquante-six ans ; toujours excellente santé, ne paraît pas avoir eu la syphilis, nie tout excès alcoolique, n'a jamais eu de troubles du côté du ventre, sauf une douleur vive à l'âge de trente-cinq ans, qui est apparue subitement au lavoir et a disparu bientôt.

Le 1er novembre 1885, la malade a ressenti tout à coup des douleurs violentes dans tout l'abdomen. Il n'y avait pas de point plus spécialement douloureux, ni à l'épigastre, ni à l'hypochondre, ni à l'épaule droite ; ces douleurs ont duré pendant quatre jours et ont disparu complètement, sans ictère, avec retour

absolu à l'état de santé. La malade croit bien avoir déjà remarqué une petite grosseur au côté droit, mais elle n'avait pas encore eu de trouble digestif, pas d'amaigrissement, pas d'ictère.

Le 4 mai 1886, elle a de nouveau souffert de son ventre, surtout au niveau de la vésicule biliaire, où se trouvait une masse dure de la grosseur d'un œuf. Quinze jours après, le 20 mai, l'ictère est apparu tout à coup avec de la diarrhée fétide, des selles décolorées, des vomissements.

La malade raconte qu'il y a six ans elle a fait dans le service de M. Soulier, à Saint-Pothin, un séjour de trois mois pour une grosseur qu'elle avait au creux épigastrique et qui aurait disparu complètement depuis. A ce moment elle avait des vomissements qui, d'abord bilieux, jaunâtres, puis verdâtres, étaient devenus noirs ; son ventre, qui était très gros, était revenu à des dimensions normales sous l'influence d'un seul bain.

Depuis la fin de mai, où la malade s'est mise à vomir les aliments tels qu'ils étaient ingérés, la jaunisse a augmenté, et il y a eu amaigrissement notable. La diarrhée a diminué et les selles sont moins décolorées et moins fétides. Il n'y a jamais eu de douleur à l'épaule droite bien nette.

Au moment de l'entrée, tous les téguments et les muqueuses sont imprégnés d'une teinte jaune uniforme. Les conjonctives, la face inférieure de la langue sont très fortement teintées. Il y a pas de tache cutanée, pas de xanthélasma ; pas de troubles de la vue. On note un commencement de cachexie ; les membres sont très amaigris et on obtient facilement le pli-cachectique. La peau du ventre surtout est très plissée et on sent au-dessous de petits nodules durs, de la grosseur d'une lentille ; vives démangeaisons.

La paroi abdominale très souple se laisse facilement déprimer, et on sent à droite le bord inférieur très dur du foie, qui descend jusqu'à au moins 4 travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Puis, au niveau de la vésicule, on a une tumeur dure, arrondie, lisse, mais un peu inégale, et assez nettement délimitée

par un sillon à gauche. Elle plonge dans l'abdomen et dépasse notablement le bord inférieur de la glande hépatique par son bord arrondi. Plus loin, au niveau de l'estomac, la palpation est plus douloureuse, mais on ne sent pas nettement de tumeur. On provoque par l'exploration des bruits intestinaux très nombreux et bruyants.

Le pouls est lent, faible. Au cœur, les battements sont peu intenses. On entend au premier bruit un souffle assez intense, dont le maximum est nettement à la pointe. Pas de dédoublement du deuxième bruit. Pas d'œdème des jambes.

La malade tousse un peu, mais ne crache pas. Le côté droit du thorax paraît un peu dilaté en arrière ; sonorité plutôt exagérée ; aux deux bases on entend beaucoup de râles humides inspiratoires.

17 août. Les urines contiennent beaucoup de pigment biliaire, elles renferment beaucoup d'albumine ; pas de sucre.

Le 28. La malade se plaint beaucoup de la sécheresse de la bouche.

L'état général persiste assez satisfaisant. Cependant la malade maigrit et la teinte ictérique devient plus foncée ou plutôt plus terreuse.

La tumeur de la vésicule biliaire est sphérique, nettement isolée. Elle a assez notablement augmenté depuis quelques jours. En dehors de la vésicule, le foie est difficilement perceptible et n'est que modérément augmenté de volume. La palpation profonde paraît déceler de l'empâtement dans la région pancréatique, mais on ne sent pas de tumeur et rien de bien net.

D'ailleurs cette exploration est douloureuse.

Le 31. Actuellement les chevilles présentent un peu d'œdème, surtout à gauche, s'étendant sur le dos du pied, il est peu accusé ; mais la malade se plaint de difficultés dans les mouvements. Cet œdème existait déjà, mais fugace, depuis quelques jours. Les forces diminuent. Les vomissements deviennent plus fréquents. Les dents sont usées par le bord libre, il en manque d'ailleurs un certain nombre.

7 septembre. La saillie de la vésicule biliaire est visible à l'œil, son extrémité inférieure dépasse d'un travers de doigt la ligne horizontale de l'ombilic, à égale distance de l'ombilic et du flanc. Cette saillie est toujours lisse arrondie et paraît plus volumineuse. Le foie a un peu augmenté de volume dépasse maintenant les fausses côtes sans que l'on perçoive à sa surface de saillies mamelonnées. L'ictère est devenu plus foncé.

Le 11. La malade vient d'avoir des vomissements marc de café.

Le 13. Depuis avant-hier, la malade a eu plusieurs vomissements noirs ; depuis la même époque les selles contiennent des matières noires. En même temps l'état général paraît plus affaissé.

Le 17. Les vomissements noirs ont continué sans être abondants. L'affaissement a fait des progrès rapides ; en même temps, la malade a maigri et s'est desséchée rapidement. L'abdomen est affaissé. La peau ridée avec pli cachectique. La vésicule biliaire est beaucoup moins volumineuse et moins dure. Le foie ne paraît toujours pas augmenté de volume.

Depuis quelques jours la malade a eu des vomissements bilieux assez abondants.

Le 19. Mort à 4 heures du matin.

Relevé des températures rectales, du 17 août au 11 septembre. — 17 août, m., 37°,1 ; s., 37°,6 ; — 18, 37°,1 ; 37°5 ; — 19, 36°,4 ; 36°,9 ; — 20, 36°,2 ; 36°,6 ; — 21, 36° ; 37° ; — 22, 36°,8 ; 37°,6 ; — 23, 37°,1 ; 37°,6 ; — 24, 37°,2 ; 37°,5 ; — 25, 37°,1 ; 37°,4 ; — 26, 37°,1 ; 37°,4 ; — 27, 37°,2 ; 37°,4 ; — 28, 37°,1 ; 37°,5 ; — 29, 37°,5 ; 37°,6 ; — 30, 37°,1 ; 37°,4 ; — 31, 37°,1 ; 37°,6 ; — 1er septembre, 37° ; 37°,4 ; — 2, 37°,5 ; 37°,8 ; — 3, 37°,4 ; 37°,3 ; — 4, 36°,9 ; 37°,5 ; — 5, 37°,5 ; 37°,7 ; — 6, 37°,5 ; 38° ; — 7, 36°,9 ; 37°,7 ; — 8, 37°,3 ; 37°,4 ; — 9, 37°,1 ; 37°,9 ; — 10, 37°,1 ; 37° ; — 11, 37°,1 ; 37°,1.

Observation XLIV

Ictère chronique. — Autopsie : Cancer du pancréas ; noyaux secondaires dans le foie. Chef du service : M. le professeur Bondet. Interne : M. Montagnon. Pièces histologiques au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, 1887, n° 16.

Ch..., âgé de soixante-quatorze ans, sabotier, entre à la clinique médicale, salle Saint-Martin, n° 9, le 15 décembre 1886.

Rien à noter du côté de l'hérédité. Bonne santé habituelle. Pas de maladie antérieure. Boit la goutte le matin depuis de nombreuses années.

Début de l'affection, il y a environ deux mois, par du catarrhe intestinal avec flux diarrhéique, assez intense pour obliger le malade à aller quatre à cinq fois à la selle par vingt-quatre heures. Cette diarrhée a duré une quinzaine de jours. A ce moment, il a été pris de douleurs qu'il localise au niveau du creux épigastrique, avec quelques irradiations sur les parties latérales du thorax, revenant un peu sous forme d'accès, persistant parfois plusieurs heures ou même toute une journée, augmentées par l'ingestion des aliments.

Jamais elles ne se sont localisées dans la région hépatique ; jamais non plus, au moment des plus forts accès, d'irradiations dans l'épaule droite ; enfin, jamais le malade n'a constaté d'ictère après chacune de ses crises. Celui-ci n'a apparu en effet que depuis huit jours, précédé d'anorexie et d'un peu de constipation. Jamais d'hématémèse ni de mélæna. Actuellement, le malade présente une teinte ictérique généralisée très accentuée ; les conjonctives sont jaunes, ainsi que la voûte palatine. La langue est à peine saburrale, un peu sèche. Légère constipation.

La région du foie n'est pas sensible à la pression ; sur une ligne verticale passant par le mamelon, la matité hépatique ne

commence qu'à 4 travers de doigt au-dessous de lui, pour s'arrêter au niveau du rebord des dernières côtes.

La vésicule biliaire n'est pas augmentée de volume ni douloureuse. Rien à noter du côté de l'abdomen, ni de la rate.

Pas de tumeur perceptible par la palpation au niveau de l'estomac. Celui-ci est assez notablement dilaté.

Rien au cœur. La pointe est à peu près en son lieu normal.

Rien aux poumons. Pas de prurit.

Artères athéromateuses. Le pouls paraît légèrement ralenti : 60 à la minute.

Urines, 1200 c. c. Densité, 1030. Urée, 17 grammes.

Selles décolorées : Mastic de vitrier.

20 décembre. Ce matin, la teinte ictérique s'est considérablement foncée. Se plaint toujours de douleurs épigastriques. Au niveau de la vésicule biliaire, la palpation donne la sensation d'une tuméfaction lisse de la grosseur d'un œuf.

Le 25. Urines jaunes. Quelques démangeaisons.

Le 27. Les douleurs sourdes au niveau de la vésicule persistent toujours.

7 janvier 1887. L'ictère persiste avec beaucoup d'intensité. Le foie paraît moins gros, plus douloureux à la percussion; mais la région vésiculaire est sensible à la pression. Pouls 44 à la minute.

Vomissements alimentaires continuels.

Le 12. Les vomissements continuent. Urines 600 gr. Urée, 6 gr.

Le 13. Tendance à l'hypothermie et à la faiblesse cardiaque. Selles sanguinolentes depuis hier : un verre de sang environ. Pouls faible. Œdème sus et sous-malléolaire.

A la palpation, foie un peu gros ; mais pas de tumeur.

Le 14. Cette nuit, hémorrhagie intestinale; pouls petit, la teinte ictérique s'est foncée. Pouls, 60.

L'émaciation n'est pas très prononcée. Aspect cancéreux peu marqué.

Les selles n'ont pas été examinées microscopiquement au

point de vue des graisses : pas de caractères macroscospiques spéciaux. Trois heures avant la mort, le malade a répondu avec beaucoup de netteté aux questions qu'on lui a posées. Un peu de pulvérulence des narines.

Mort le 14 janvier, à 2 heures de l'après-midi.

Relevé des températures rectales du 5 *au* 14 *janvier* 1887. — 5 janvier, s., 37°,8 ; — 6, 37°,6 ; 37°,9 ; — 7, 37°,2 ; 37°,7 ; — 8, 37°,1 ; 36°,8 ; — 9, 36°,9 ; 36°,6 ; — 10, 36°,6 ; 37°,1 ; — 11, 37°, 36°,8 ; — 12, 37° (hémorrhagie intestinale de la valeur d'un verre à boire) ; 36°,5 ; — 13, 36° ; 36°,6 ; — 14, 34°,8.

Observation XLV

Ictère par rétention. — Autopsie : Cancer du pancréas, dilatation de la vésicule biliaire. Chef du service : M. Clément. Interne : M. Françon. Pièces histologiques au laboratoire, 1887, n° 212.

L'observation suivante a déjà été publiée à un point de vue particulier, par M. Françon dans la *Province médicale* du 16 juillet 1887 ; il s'agit d'une jeune fille atteinte d'ictère chronique avec tumeur biliaire, et chez laquelle on pratiqua la cholécystotomie, en croyant à l'existence d'une obstruction calculeuse du canal cholédoque.

Nous reproduisons cette observation dont les pièces nous ont été soumises, tout en résumant brièvement les passages relatifs à des détails chirurgicaux.

A. M., vingt-huit ans, domestique, entrée le 28 janvier 1887, dans le service de M. le Dr Clément. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Il y a deux mois et demi grande frayeur ; trois semaines après, ictère qui était déjà bien établi, lorsqu'elle ressentit pour la première fois des douleurs abdominales, plus vives au niveau de l'hypochondre droit, et sans irradiations.

A son entrée, ictère jaune noirâtre ; amaigrissement ; traces de grattages sur le corps ; pertes des forces.

L'appétit est encore un peu conservé; pas d'état saburral de la langue ; elle accuse un goût amer très prononcé. Les digestions sont bonnes ; elle a cependant beaucoup de tendance à être constipée, et, depuis le début de la maladie, ses selles sont décolorées.

Il existe au niveau du creux épigastrique une tuméfaction qui semble se prolonger au-dessous des fausses côtes gauches. La palpation ne détermine aucune douleur, sauf au niveau de l'hypochondre droit; le foie paraît très hypertrophié (d'après l'observation publiée ; mais l'autopsie a montré plus tard qu'il ne pesait que 1550 gr.).

Au-dessous du bord tranchant, à droite de la ligne médiane, on sent une tuméfaction ovoïde, qui paraît être la vésicule biliaire distendue ; on ne perçoit pas de fluctuation.

Le volume de la rate n'est pas augmenté ; le ventre n'est pas hypertrophié. Rien aux poumons ni au cœur.

Les urines contiennent beaucoup de pigment biliaire, mais pas de sucre, ni d'albumine.

La malade n'a pas de fièvre.

26 février. Persistance de l'ictère, faiblesse, et amaigrissement de 7 kilos depuis le début de la maladie. Constipation, mais persistance de l'appétit.

Apyrexie. T. R., le 25 février, 37°,2 ; le 26 au matin, 36°,6.

En présence de cette émaciation progressive, et de la permanence de l'ictère, malgré tous les cholalogues qu'on administrait, M. Clément, estimant que l'arrêt du cours de la bile pouvait dépendre d'un calcul oblitérant le canal cholédoque, pense à faire pratiquer une cholécystotomie.

M. Chandelux, agrégé, suppléant M. le professeur Ollier, fait l'opération le 27 février. La vésicule incisée laisse échapper des flots de bile ; on n'y trouve ni sable ni calculs ; on place un drain dans la fistule biliaire.

Température après l'opération, 37°,5.

2 mars. La malade a une poussée de péritonite localisée à la partie inférieure de la plaie. T., 39°,9. Bien que la bile s'écoule par le drain, l'ictère est le même.

Le 3. Pouls, 120, un peu faible. T., 38°,6 et 37°,9.

Après un état stationnaire durant le mois de mars, où la température se maintient de 37°,5 à 38°, la malade se cachectise au mois d'avril d'une façon rapide, elle a un peu de subdélirium et meurt le 8.

Observation XLVI

Cancer de la tête du pancréas. — Autopsie : Cancer de la tête du pancréas ; noyaux secondaires dans le foie. Chef du service : M. Faivre. Interne : M. Pic. Pièces histologiques au laboratoire, 1887, n° 249.

R... Claudine, âgée de cinquante-huit ans, cultivatrice, née et demeurant à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or (Rhône), entre à l'Hôtel-Dieu, 2e salle de femmes, n° 9, le 24 octobre 1887. Nous n'observons cette malade qu'à la période préagonique, ce qui explique l'insuffisance, sur plusieurs points, de l'observation suivante.

Son père est mort à cinquante-quatre ans d'un accident (?) ; il aurait eu la jaunisse auparavant. Sa mère est morte à soixante-deux ans d'une maladie indéterminée.

Deux frères morts de la petite vérole ; deux sœurs de la rougeole ; un de ses frères aurait eu de l'ictère.

Elle dit avoir toujours eu une santé délicate, mais ses réponses sont tellement vagues qu'il est impossible de rien préciser ; elle aurait eu la rougeole, la variole et la coqueluche.

Réglée à seize ans, elle ne l'a pas été bien régulièrement ; ménopause à quarante-quatre ans.

Il y a six ans, elle aurait eu, à deux reprises, des douleurs très vives au niveau de l'hypochondre droit, qui furent accom-

pagnées d'un ictère passager ; celui-ci réapparut il y a six mois, il fut dès lors constant et progressif. En même temps, elle s'aperçut de troubles digestifs, consistant en inappétence, quelques vomissements, dont quelques-uns furent des hématémèses formées de matières noires ou de sang pur ; diarrhée fréquente. Actuellement (6 novembre), la malade présente un aspect de cachexie très accusé ; les malléoles sont un peu œdématiées ; l'amaigrissement est poussé aux dernières limites. L'ictère est très foncé, d'une teinte sombre à la face, plus claire sur les membres et le tronc.

La malade est dans un état d'obnubilation intellectuelle très prononcé, elle a de temps à autre du subdélirium, perd ses urines et ses matières fécales. Elle ne s'alimente presque pas, refuse la viande ; les graisses lui répugnent.

Rien d'anormal aux poumons ni au cœur.

A l'examen de la paroi abdominale, on constate que le foie dépasse de deux travers de doigt les fausses côtes droites ; sa surface paraît dure ; au-dessous des fausses côtes, on perçoit à la palpation une tumeur résistante, allongée, rappelant la forme de la vésicule biliaire dont elle occupe d'ailleurs la situation ; cette tumeur est lisse, sans inégalités, légèrement douloureuse à la pression. Pas d'ascite.

Les matières fécales sont fétides et entièrement décolorées.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La malade n'a pas de fièvre, elle accuse au contraire une sensation de froid constante et ramène toujours ses couvertures à elle, dès qu'on veut l'examiner ; de fait, les téguments paraissent avoir une température hyponormale.

7 novembre. La malade est dans le collapsus.

Le 8. Mort.

Observation XLVII

Ictère noir. — Dégénérescence des voies biliaires ou du pancréas. — Autopsie : Cancer de la tête du pancréas. Chef du service : M. Vinay. Interne : M. Barbier. Pièces histologiques au laboratoire, 1887, n° 284.

D..., Victor, âgé de soixante et onze ans, bitumier, né à Arressieux (Savoie), demeurant à Lyon, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin, n° 11, le 4 novembre 1887.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, il se souvient d'avoir eu la variole à douze ans. Dans son enfance, il a eu aussi la rougeole. Depuis ces deux affections, il ne se souvient pas d'avoir jamais été malade. Il n'est pas rhumatisant, ni paludéen. Il est devenu sourd à la suite d'un coup sur la tête il y a douze ans.

Depuis quarante ans, il est employé à faire les trottoirs des rues.

Il y a quinze jours, il était, dit-il, en pleine santé, n'avait jamais eu de troubles digestifs d'aucune sorte, jamais d'ictère, jamais de douleurs dans le côté droit de l'abdomen, lorsqu'il éprouva tout à coup des frissonnements qu'il combattit en allant se chauffer à la chaudière, et qui disparurent assez rapidement. En même temps, se déclara une diarrhée abondante, avec 15 à 20 selles par jour. Le malade raconte que ses matières étaient grises, décolorées ; il s'aperçut en même temps qu'il était devenu jaune : diarrhée et ictère semblent donc avoir débuté le même jour.

Depuis ce jour, il a perdu un peu l'appétit, mais n'a pas eu de vomissements ; pas de douleurs, ni à l'épigastre ni à la région hépatique. Il y a huit jours, son ventre a commencé à augmenter de volume pour la première fois. Enfin, il y a quatre ou cinq jours, est apparu de l'œdème des pieds et des jambes.

Actuellement, le malade présente une coloration jaune inten-

se, foncée ; les conjonctives, la face inférieure de la langue, la peau, surtout à la face, présentent cette couleur. L'œdème des membres inférieurs est assez prononcé ; il est mou, garde bien l'empreinte du doigt ; il ne remonte que jusqu'aux genoux.

La face dorsale de la langue est saburrale ; le malade accuse à la bouche un goût amer ; il n'a pas beaucoup perdu l'appétit ; n'a pas de nausées ; pas de douleurs spontanées à l'épigastre.

Sa diarrhée a beaucoup diminué depuis quelques jours.

Le ventre est ballonné ; il est facile de constater le flot d'une ascite assez développée.

Le foie n'est pas augmenté de volume ; il ne dépasse pas le rebord inférieur du thorax ; on sent, à la palpation, à travers la paroi, une tumeur arrondie, du volume d'un gros œuf, ayant la situation de la vésicule ; la pression à ce niveau est un peu douloureuse. La matité du foie mesure deux à trois travers de doigt en hauteur, sur la ligne mamelonnaire.

L'estomac ne peut pas être très bien examiné ; le ballonnement et le météorisme empêchent cet examen.

La pointe du cœur bat dans le quatrième espace, sous le mamelon, et un peu en dedans de lui.

Le premier bruit est un peu prolongé, mais il n'y pas de véritable souffle. Pas de souffle à l'appendice xiphoïde. Pas de bruit anormal à la base. Le pouls est petit, il bat à 60. — Radiales très athéromateuses.

Les poumons respirent bien dans toute leur étendue, sauf aux bases, où il existe de l'obscurité de la respiration et de la matité : épanchement double peu abondant.

Les urines sont d'un vert foncé presque noirâtre ; la réaction de la matière colorante par l'acide azotique est très nette ; elles contiennent une assez grande quantité d'albumine, mais pas de sucre. Au microscope, nombreux cylindres granuleux colorés en vert ; quelques cellules épithéliales de la vessie. Pas de globules rouges ni de leucocytes. Du reste, l'expérience par la teinture de gaïac et la térébenthine est entièrement négative.

Selles très décolorées, non graisseuses.

17 novembre. L'état du malade s'aggrave. L'anasarque est modérée, ainsi que l'ascite. Pas de circulation supplémentaire des parois abdominales. Les urines ont toujours le même caractère. Pas de fièvre. Le malade est tranquille, n'a pas d'incohérence dans les idées.

Il a eu une légère hémorrhagie uréthrale il y a quelques jours.

Le 22. La palpation de l'abdomen peut se faire fortement sans provoquer de douleur. L'ascite augmente un peu. Le malade affirme n'avoir quelques douleurs qu'au moment de l'ingestion des aliments et des boissons. Anasarque des membres inférieurs, mais pas de dyspnée.

6 décembre. L'état du malade s'aggrave. Cachexie plus prononcée. Abattement ; stupeur. Pétéchies sur la peau. Subdélirium surtout marqué pendant la nuit ; la teinte verdâtre s'accentue encore. Température hyponormale.

Le malade ne se plaint pas, se trouve mieux ; il espère sortir prochainement.

Le 9. Mort.

Relevé des températures rectales, du 5 *novembre au* 8 *décembre* 1887. — 5 novembre : m., 37°,9 ; s., 38°,5 ; — 6, 37°,8 ; 38° ; — 7, 37°,5 ; 37°,7 ; — 8, 37°,5 ; 37°,7 ; — 9, 37°,2 ; 37° ; — 10, 37°,4 ; 36°,9 ; — 11, 37°,4 ; 37°,8 ; — 12, 37°,2 ; 37°,9 ; — 13, 37°,8 ; 38° ; — 14, 36°,8 ; 37°,5 ; — 15, 37° ; 37°,6 ; — 16, 37°,1 ; 37°,2 ; — 17, 36°,8 ; 37°,8 ; — 18, 36°,2 ; 36°,8 ; — 19, 37°,3 ; 37°,6 ; — 20, 36°,8 ; 36°,2 ; — 21, 36°,9 ; 37°,5 ; — 22, 37°,1 ; 36°,5 ; — 23, 36°,3 ; 36°,9 ; — 24, 36°,4 ; 36°,8 ; — 25, 37°,1 ; 37°,5 ; — 26, 37°,4 ; 37°,8 ; — 27, 36°,5 ; 36°,6 ; — 28....... ; — 29, 36°,2 ; 36°,6 ; — 30, 36°,5 ; 36°,3 ; — 1er décembre, 37°,2 , 36°,8 ; — 2, 36°,5 ; 36°,9 ; — 3, 36°,7 ; 37°,6 ; — 4, 37°,4 ; 36°,4 ; — 5, 36°,8 ; 37°,6 ; — 6, 37°,5 ; 37° ; — 7, 37°,4 ; 37°,5 ; — 8, 37°,4 ; 37°.

SYMPTOMATOLOGIE

Tous les auteurs qui ont traité la question encore obscure des symptômes du cancer du pancréas ont, comme Arnozan, divisé les signes que l'on pouvait observer en trois grandes classes et ont décrit séparément :

1° LES ACCIDENTS DUS A LA NATURE CANCÉREUSE DE L'AFFECTION : anorexie, dégoût des aliments, amaigrissement, phlegmasia alba dolens, cachexie cancéreuse, etc.

2° LES TROUBLES OCCASIONNÉS PAR LA LOCALISATION DU CANCER : dyspepsie pancréatique, stéarrhée, diabète maigre, etc.

3° LES PHÉNOMÈNES DÉPENDANT DE LA COMPRESSION EXERCÉE PAR LA TUMEUR : ictère, douleur, hydropisies, etc.

Certes, cette description est fort méthodique et bien propre à classer dans la mémoire les accidents de la maladie dont nous nous occupons ici, mais, avec Bard et Pic, nous pensons que cette énumération quelque complète qu'elle soit, a le tort de mettre sur le même plan différents symptômes dont l'importance est très inégale en clinique, et dont la valeur est loin d'être la même pour le diagnostic de l'affection.

Aussi, sans nous attacher aux causes pathogéniques, nous préférons décrire ces symptômes par ordre de fré–

quence, pensant que la marche clinique du cancer pancréatique ressortira mieux de cette division.

C'est ainsi que nous commencerons par l'ictère qui est, à coup sûr, le symptôme le plus souvent noté.

Ictère. — C'est souvent le premier signe de la maladie. Son apparition peut être brusque, soudaine et, dans ce cas, parfois consécutive à une fatigue musculaire ou intellectuelle ; le plus souvent elle est graduelle mais rapide, et l'ictère offre ce caractère spécial que dès qu'il s'est montré, il ne fait que progresser ; il n'offre donc pas ces temps d'arrêt, ces améliorations passagères que l'on rencontre dans les ictères chroniques, dans ceux qui succèdent par exemple aux diverses formes d'angiocholite, aux congestions chroniques du foie et à la cirrhose hypertrophique. Au contraire, à partir de sa naissance, il se fonce chaque jour de plus en plus jusqu'à prendre une teinte bronzée et à mériter le nom d'*ictère noir* (B. et P.)

Il s'accompagne du reste de tous les symptômes habituels caractérisant la rétention de la bile dans le sang ; les selles sont décolorées, l'urine a une teinte et des réactions particulières, les muqueuses sont jaunes et la peau est presque toujours le siège de démangeaisons souvent fort vives.

La distension de la vésicule biliaire est un résultat presque constant de la compression du canal cholédoque et Bard et Pic qui ont recherché ce signe par le palper sur le patient l'ont presque toujours rencontré.

On ne retrouve d'ordinaire aucun prodrome avant l'apparition de l'ictère ; par contre, il s'accompagne très fréquemment de troubles dyspeptiques.

La raison de cet ictère paraît fort simple ; elle se trouve dans les rapports qu'affecte la tumeur avec le canal cholédoque lorsqu'elle siège dans la tête de l'organe. Le néoplasme a pour effet inévitable de rétrécir considérablement la lumière de ce canal et bientôt de l'oblitérer complètement.

De là une rétention biliaire dont le début est quelquefois soudain, plus souvent graduel mais assez brusque comme nous l'avons dit plus haut.

Cette explication est justifiée par un grand nombre d'autopsies, mais Vernay fait observer que quelquefois à l'examen post-mortem le canal cholédoque est trouvé perméable et même dilaté. Sans rien affirmer, cet auteur pense que l'ictère, dans ce cas, est dû à un catarrhe des voies biliaires occasionné par la présence du néoplasme.

Ainsi donc, en thèse générale, l'ictère dû au cancer pancréatique se présente avec les deux caractères suivants : c'est le premier signe de la maladie ; à partir de son apparition, il s'accentue de plus en plus sans jamais rétrograder.

Cette règle comporte des exceptions : ainsi, dans les observations X et XVII, nous voyons qu'après avoir suivi la marche classique pendant toute la durée de la maladie, l'ictère a notablement diminué la dernière semaine. Dans les observations XXIII et XXX, l'ictère, tardif, ne s'est montré que dans les dernières semaines et seulement les cinq derniers jours dans l'observation XL. Il a été léger dans l'observation XXXI ; enfin, et ce, à titre de simple curiosité, nous rappellerons que les démangeaisons intenses qui accompagnent si souvent l'ictère, l'ont pré-

cédé de huit jours environ dans l'observation XXXII.

Dans quelles proportions maintenant se rencontre ce symptôme ?

Nous avons sous les yeux une statistique de Da Costa dans laquelle sur 37 cas de cancer *de la tête*, l'ictère aurait été noté 24 fois, ce qui fait une proportion de 65 0/0.

D'un autre côté, en dépouillant nos 48 observations nous trouvons :

Marche classique..................	22	
Marche plus ou moins anormale...	6	
L'ictère a donc été noté........	28	fois.

Mais, sur les 20 fois où il a manqué, il faut remarquer que 7 fois il s'agissait, non d'un cancer primitif, mais d'une généralisation au pancréas d'un cancer ayant débuté dans d'autres organes (obs. IV, V, VI, VII, VIII, XIV et XV). Négligeant ces cas particuliers nous trouvons que, sur 41 observations de cancer primitif, l'ictère a été noté 28 fois, soit une proportion de 68 0/0. Notre statistique se trouve donc conforme à celle de Da Costa et nous pouvons dire, qu'en résumé, *l'ictère se rencontre dans les 2/3 des cas.*

Douleurs. — Vomissements. — Un signe également très fréquent est la *douleur*. C'est presque toujours à l'épigastre qu'elle se fait sentir. Moins souvent elle a son maximum au niveau du lobe gauche du foie et plus rarement encore dans l'hypochondre droit. Dans la

plupart des cas c'est une douleur violente, déchirante, avec irradiations multiples aux hypochondres, au rachis, à l'épaule, parfois même aux membres inférieurs. Ses rémissions sont de courte durée et sa ténacité est telle que souvent elle empêche le sommeil. Frank a signalé que presque toujours il existait un point douloureux dorsal au niveau des premières vertèbres lombaires. Ces douleurs si vives sont paroxystiques et exacerbées par la pression ou le passage des aliments, et, dans quelques observations (I, II, XIII, XVIII, XXXIII, XXXIX), le malade, pour diminuer leur intensité, fléchissait le tronc, trouvant dans cette incurvation en avant un soulagement notable.

Au contraire, dans d'autres cas beaucoup moins fréquents, les douleurs sont sourdes, continuelles ou avec rémissions passagères et ne paraissant pas augmentées par la pression.

Enfin, elles peuvent manquer.

Lorsque ces douleurs existent, leur origine est parfois difficile à expliquer. Dans quelques observations (III et VIII), il s'agit d'une péritonite bien nette avec météorisme et vomissements porracés ; d'autres fois la raison en est plus obscure.

Pour Friedreich, elles seraient dues à la compression ou à l'inflammation du plexus cœliaque (névralgie cœliaque).

En colligeant nos observations, un fait nous a frappé, c'est la coïncidence presque constante de ces deux phénomènes, douleur et vomissements, et nous nous demandons s'il ne faudrait point plutôt leur attribuer une ori-

gine péritonéale, facilement explicable d'ailleurs par les rapports de la tumeur.

La douleur à forme aiguë a été signalée 23 fois, les vomissements, alimentaires ou autres 27 et le tableau de ces deux signes peut se dresser ainsi :

1° Les vomissements sont seuls notés.... 8 cas
2° La douleur est seule signalée 4
3° Coïncidence des deux symptômes...... 19

Notre hypothèse sera plus plausible encore si l'on examine de près les observations auxquelles se rapporte ce tableau.

Les vomissements ont bien été notés huit fois sans que la douleur soit indiquée, mais, en réalité, on ne doit tenir compte que des deux observations XXVIII et XXX dans lesquelles il s'agit effectivement d'un cancer primitif, tandis que dans les cinq autres (IV, V, VII, XIV, XXIII) il n'est question que d'un cancer de l'estomac propagé secondairement au pancréas, ce qui permet d'expliquer les vomissements d'une manière toute différente. Enfin dans l'obs. XL, c'est bien d'un cancer primitif qu'il s'agit mais avec généralisation consécutive à l'estomac. Or, la malade n'a guère rendu ses aliments qu'à la fin de la maladie, ce qui fait qu'en somme, les vomissements sans douleur, dans les cas qui nous intéressent, n'ont été signalés que *deux fois*.

Nous n'avons rien à dire des quatre observations dans lesquelles la douleur a existé sans vomissements ; par contre, nous nous arrêterons un instant sur la troisième série.

Non seulement les vomissements et la douleur se

trouvent réunis dans les mêmes observations, mais encore, dans la plupart des cas, c'est simultanément qu'on a constaté l'apparition des deux signes, et, presque toujours aussi la disparition de l'un coïncidait avec la disparition de l'autre.

En effet, nous voyons dans l'observation XII que les premiers signes étant l'ictère et quelques troubles dyspeptiques, ce n'est qu'au bout de quelques semaines que, subitement, douleurs et vomissements apparurent simultanément. Les observations XII et XLIII nous donnent un tableau clinique à peu près semblable. Dans l'observation XXI, les deux symptômes s'arrêtèrent ensemble au bout de quelques jours. Enfin, point important, le météorisme a été signalé maintes fois, notamment dans les observations I, XIII et XX où son apparition a coïncidé avec celle des deux signes dont nous nous occupons.

En résumé, sur 48 observations la douleur a été signalée :

Vive, aiguë, avec irradiations multiples...	23	fois
Sourde et sans exacerbations à la pression.	5	»
Total.......	28	fois

soit une proportion de 58 0/0. *Elle s'est donc rencontrée dans un peu plus de la* MOITIÉ *des cas.*

Les vomissements, comme nous l'avons déjà dit, ont été notés 22 fois dans les cas de cancer primitif et les deux symptômes ont coïncidé 19 fois.

Symptômes observés du côté du tube digestif. — Dans le carcinome pancréatique, comme

d'ailleurs dans les manifestations cancéreuses en général, l'*anorexie* est la règle. Le dégoût pour les aliments a été noté fréquemment et ce n'est que sept fois sur 48 cas que l'appétit a été conservé et que les troubles dyspeptiques ont manqué plus ou moins longtemps. Nous n'avons relevé que dans une de nos observations le dégoût particulier pour les matières grasses signalé par la plupart des auteurs ; au contraire et sans toutefois que cette unique particularité puisse servir de point de départ à la discussion d'un symptôme, nous rappellerons que dans l'observation XVI, le patient, qui avait une répulsion absolue pour tous les aliments, ne se nourrissait qu'avec du beurre.

Les troubles dyspeptiques sont également la règle dans presque tous les cas.

La *diarrhée*, que l'on a notée comme symptôme des maladies du pancréas, ne se rencontre cependant que très rarement. Nous ne l'avons relevée que dans cinq observations dans lesquelles une seule fois elle a duré tout le temps de la maladie (XXII), trois fois elle n'a existé qu'au début (XLII, XLIV, XLVII) et une fois (XII) à la fin seulement. Par contre, la *constipation* est beaucoup plus fréquente ; 14 fois elle a été opiniâtre et n'a cédé qu'à des purgatifs énergiques.

L'*amaigrissement,* signe important, a généralement une marche caractéristique, signalée d'abord par Pemberton et sur laquelle Eisenmann a depuis beaucoup insisté. Presque toujours, pour ces deux auteurs, il commencerait avec la maladie et deviendrait rapidement considérable sans aucune alternative de mieux jusqu'à l'échéance fatale. Dans nos observations cet amaigrissement précoce, à

marche classique, est noté 23 fois. Il aurait donc manqué assez souvent. Dans ce même ordre d'idées, Casper, Griesel, Abercrombie, de Haen et Dawidoff ont cité des cas de cancer du pancréas avec conservation d'un embonpoint excellent ; de même, dans nos 2 observations X et XXXIX, les malades ont paru conserver longtemps un état de santé satisfaisant pour ne commencer à se cachectiser que vers les dernières semaines de leur maladie. Toutefois, cette conservation apparente de la santé est l'exception.

Ptyalisme. — Ce symptôme sur lequel ont insisté Polinière, Mondière et Tavernier, serait caractérisé par l'évacuation d'un liquide analogue à de la salive, soit par vomissement, expuition ou défécation. Le ptyalisme doit être en somme très rare ; en ce qui nous concerne nous ne l'avons noté que deux fois (obs. V et XXXIII). Ajoutons d'ailleurs que, contrairement à cette opinion, Annesley a signalé la sécheresse de la gorge et du pharynx et que Friedreich a maintes fois constaté la diminution de la sécrétion salivaire.

La *sensation de sable* que les malades ressentiraient dans l'arrière-gorge d'une part et la *polydipsie* de l'autre, sont des symptômes sur lesquels nous n'avons aucun renseignement.

Stéarrhée. — En physiologie, on admet que le pancréas possède une triple action digestive sur les aliments amylacés, les albuminoïdes et les graisses ; partant de là, il était naturel d'admettre que la destruction partielle ou totale de cette glande devait amener une dyspepsie spé-

ciale. C'est à ces troubles particuliers de la nutrition que M. le professeur Germain Sée a consacré un des articles les plus intéressants de son beau traité des dyspepsies.

Il semble donc évident que le fait de la destruction d'une partie du pancréas soit une cause de nutrition retardante à laquelle il est facile de rattacher les troubles dyspeptiques généraux dont nous avons parlé plus haut. Mais à côté de ces troubles généraux existe-t-il des lésions caractéristiques dénotant à coup sûr une affection pancréatique et doit-on, avec Landouzy et Leroux, admettre que, dans ce cas, les aliments maigres sont seuls assimilés et les autres rejetés intégralement. Il n'existe à notre connaissance qu'une seule observation de rejet de fibres striées dans un cas d'atrophie du pancréas ; on retrouvera plus loin cette observation sur laquelle nous n'insisterons pas. Par contre, nous allons examiner plus longuement la question de la stéarrhée qui a déjà donné lieu à un certain nombre de discussions intéressantes.

Claude Bernard, pour étudier l'action du suc pancréatique, détruisait le pancréas d'un animal, soit en faisant dans la glande une injection graisseuse, soit en liant le canal de Wirsung ; puis, il faisait ingérer à cet animal une certaine quantité de graisse dont il recherchait la présence dans les produits excrémentitiels.

Ces expériences, reprises par Longet, n'ont pas donné de résultats constants. Parfois, ces deux physiologistes ont retrouvé en grande partie dans les fèces les matières graisseuses absorbées par les animaux, parfois les phénomènes nutritifs ont continué comme à l'état

normal, parfois encore ils virent les animaux s'amaigrir et mourir rapidement.

Moyse, élève de Claude Bernard, soutint sur ce sujet en 1852 une thèse brillante inspirée par son maître, thèse concluant que la stéarrhée, sous quelque forme qu'elle se produisît, était un signe pathognomonique des lésions du pancréas.

Pour M. le professeur Vulpian, Claude Bernard avait résolu la question d'une façon trop absolue. « Le suc pan-
« créatique, dit-il, n'est pas le seul liquide de l'économie
« qui jouisse de cette propriété de réduire les matières
« grasses en une émulsion durable ; car, si l'on fait cou-
« ler le suc au dehors au moyen d'une fistule pancréati-
« que, les matières grasses qui passent de l'estomac dans
« l'intestin subissent encore une émulsion due à l'action
« du suc intestinal et de la bile ; mais, dans ce cas,
« les digestions sont plus difficiles. »

Enfin, pour M. Sappey, si les selles deviennent graisseuses dans les lésions pancréatiques, ce n'est pas seulement parce que le suc de cette glande cesse d'être sécrété, mais aussi parce que les graisses cessent d'être absorbées, les dégénérescences du pancréas ayant pour effet de comprimer les gros troncs lymphatiques et de s'opposer au passage du chyle dans le canal thoracique ; il s'ensuivrait donc que les matières grasses resteraient dans l'intestin et se mêleraient aux selles.

Si nous sortons maintenant du domaine de la physiologie pour entrer dans celui de la clinique, voici ce que nous trouvons :

Kuntsmann fut le premier qui, en 1820, signala un

cas de selles graisseuses dans une affection pancréatique. Treize ans plus tard, en 1833, Bright rapporta 7 cas de lésions du pancréas avec selles graisseuses. Cette même année, Lloyd et Elliottson publièrent chacun une observation analogue. En 1847, Gould relata un cas de stéarrhée coïncidant avec des kystes calcaires du pancréas chez une malade de son service; Lussana en 1851 publia à son tour une observation identique. A partir de ce moment les observations se multiplièrent. Reeves sur seize autopsies de sujets ayant présenté des selles graisseuses trouva onze fois une lésion du pancréas; Giscroy rassembla 24 observations de malades ayant eu de la stéarrhée ; quatorze succombèrent et tous avaient des lésions pancréatiques.

Par contre, Hartzen rapporte 2 observations d'atrophie complète du pancréas dans lesquelles la recherche des selles graisseuses fut négative à plusieurs reprises.

Ancelet se demande si les observations que nous avons énumérées plus haut méritent une entière confiance car dans les maladies de deux organes dont les canaux excréteurs sont si rapprochés l'un de l'autre, il lui paraît impossible que l'un puisse être altéré sans qu'il en résulte une altération de l'autre, d'autant plus qu'il considère que les selles graisseuses se rencontrent également lorsqu'il existe des troubles de la sécrétion biliaire.

Madre a étudié avec attention les observations de Bright et a remarqué que dans les cas où la stéarrhée était signalée on rencontrait des altérations cancéreuses non seulement du pancréas mais du foie, du duodénum et des voies biliaires; aussi, admet-il, que la stéarrhée est

l'indice pur et simple d'un vice de digestion duodénale coïncidant le plus souvent avec un cancer généralisé au foie, au duodénum et au pancréas, plutôt qu'avec un cancer localisé exclusivement dans ce dernier organe.

Pour certains auteurs, l'examen à l'œil nu des selles pour y retrouver les matières graisseuses, soit sous forme de grumeaux blanchâtres, soit sous l'aspect de taches huileuses, est absolument insuffisant et illusoire et la recherche sera négative dans bien des cas où il y aura réellement de la stéarrhée. C'est armé du microscope qu'il faut faire cette recherche, et voici le procédé qu'indique Bonnamy. Prenant avec une cuiller toute la portion supérieure des matières fécales on la mélange à de l'éther, on agite un instant et on filtre. On obtient ainsi un liquide jaune qui n'est autre que l'éther renfermant la matière grasse.

En versant quelques gouttes de cette solution sur une lamelle de verre, l'éther s'évaporera et le microscope permettra de voir que le résidu est composé de cristaux d'acides gras ou d'éthers de la glycérine. Si les matières grasses sont en assez grande quantité, l'évaporation de l'éther du flacon pourra laisser un dépôt fluide, d'une coloration jaune ambrée, brûlant avec une flamme bleuâtre si l'on y met le feu et qui n'est autre que de la graisse.

C'est ce procédé qui a permis de découvrir cette substance dans les selles du malade qui fait le sujet de notre observation XXIV alors que l'examen à l'œil nu avait été absolument négatif.

Comme cette observation est la seule dans laquelle la

recherche vraiment minutieuse ait été faite, nous ne pouvons estimer dans quelles proportions existe la stéarrhée. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que sur nos 48 observations la recherche des substances graisseuses à *l'œil nu* a été faite 15 fois, que 4 fois seulement elle a été positive, la graisse se présentant sous forme de boulettes de suif ou de taches huileuses (obs. XVIII (1), XIX, XXII, XXIV *bis*) et onze fois (obs. IV, V, VII, X, XI, XII, XVI, XVII, XVIII, XL, XLVII), les recherches ont été négatives alors même que dans deux cas (XVI et XII) on avait, la veille de l'examen, fait absorber au malade des quantités considérables de beurre.

Vomissements graisseux. — N'ont été notés qu'une fois (XVII). Dans une seule observation (XX) l'examen microscopique des matières vomies a été fait, il est resté négatif.

Lipurie. — Ce phénomène n'a été signalé dans aucune de nos observations.

Rejet de fibres striées non digérées. — Friedreich cite, d'après Fles, une observation intéressante, la seule qui existe dans la science. Le malade dont il s'agit rejetait un grand nombre de fibres musculaires non digérées qui, à l'examen microscopique, avaient conservé leur striation normale. C'était un diabétique gros mangeur. Sans rien changer au régime auquel il était soumis, on adjoignit chaque jour à son menu un pancréas de veau et stéarrhée et fibres musculaires disparurent des fèces. L'expérience

(1) Encore ne faut-il pas oublier que, dans cette observation, il a été indiqué que le malade absorbait de grandes quantités d'huile de ricin.

fut plusieurs fois renouvelée et le résultat fut constant.

A l'autopsie on trouva une atròphie complète du pancréas.

Cette observation est excessivement curieuse, malheureusement, comme nous l'avons dit plus haut, elle est unique dans son genre et nous ne la signalons ici qu'à titre de document.

Glycosurie. — Les troubles urinaires, d'après MM. Bard et Pic, consisteraient en une dysurie, quelquefois en une anurie plus ou moins complète.

Si l'on en croit la plupart des auteurs, on aurait noté assez souvent la glycosurie et il y aurait presque toujours entre les lésions du pancréas et le diabète maigre des connexions intimes. Ce n'est guère que depuis une quinzaine d'années qu'on s'est occupé de cette question.

Bright et Rokitansky publièrent les premiers deux observations où la coïncidence de la glycosurie et d'une affection pancréatique était signalée, mais n'y attachèrent aucune importance. Bouchardat, puis Popper vinrent ensuite et cherchèrent à démontrer qu'il n'y avait pas là seulement une simple coïncidence, mais une véritable relation de cause à effet. En 1878, Lancereaux fit une étude très sérieuse de cette question et l'année suivante parut la thèse remarquable d'un de ses élèves, le Dr Lapierre, thèse tendant à généraliser les idées du savant agrégé. Depuis cette époque les observations se multiplièrent. Rokitansky signala 14 fois des lésions pancréatiques, sur 30 autopsies de glycosuriques ; Frerichs, 5 sur 9 ; Cantani, 5 sur 5 ; mais nous devons ajouter que

ces dernières sont fort sujettes à caution. Ainsi, dans l'une le pancréas était *tellement atrophié qu'il ne fut point retrouvé à l'autopsie ;* dans l'autre, le foie était atrophié et dans une troisième on trouva un sarcome de la base du crâne. Enfin, dans son traité des maladies par ralentissement de la nutrition, M. le professeur Bouchard admet le diabète d'origine pancréatique et rapporte une observation de glycosurie dans un cas de cancer de la tête de cette glande. Toutefois les rapports qui peuvent exister entre les maladies du pancréas et cette variété de diabète sont différemment interprétés dans le monde médical. Les uns (Madre) soutiennent que l'atrophie du pancréas est excessivememt rare chez les diabétiques et opposent aux observations de M. Lancereaux un nombre considérable de cas sans atrophie de l'organe ; M. le professeur Jaccoud n'y voit qu'une simple lésion concomitante. Suivant M. Cyr, l'atrophie du pancréas qui coïnciderait avec celle du foie et de l'estomac, serait le résultat de la désassimilation exagérée qui caractérise le diabète maigre. Telle est également l'opinion de Rodionoff qui considère la sclérose de la glande comme un effet et non comme une cause, effet que l'on observe d'ailleurs dans la plupart des cachexies, phtisie, syphilis, urémie, entéro-cholite, sénilité, etc., etc.

En tous cas, ce fait, par lui-même, est loin d'être constant, attendu qu'il a manqué dans 25 des observations que nous avons rapportées, dans lesquelles l'analyse de l'urine a été faite et n'a été par contre signalé que deux fois (X et XXXVI). Aussi, avec Bard et Pic, nous admettrons qu'il y a tout lieu de penser que la glycosurie appartient

surtout aux *maladies* du pancréas et qu'on ne l'a signalée dans le cancer que par suite des confusions si souvent faites entre toutes les maladies de cet organe.

Albuminurie. — Pour les deux auteurs que nous venons de citer, l'albuminurie qu'ils ont notée 4 fois sur 7, serait un fait presque constant ; elle serait liée simplement à l'élimination par les reins des éléments biliaires, dont l'acide azotique décèle la présence en grande quantité dans les urines. Les conclusions que nous permet de tirer l'examen de nos observations sont diamétralement opposées, car l'albuminurie n'a été signalée dans aucun des cas où la présence de ce produit a été recherchée par les moyens ordinaires.

Procédé de Sahli. — Nous n'avons aucun renseignement personnel sur la valeur clinique du procédé de Sahli, qui aurait pour résultat de révéler une altération profonde du pancréas. On sait que le salol est décomposé dans le tube digestif en ses deux éléments constituants, l'acide salicylique et l'acide phénique, et que ces deux acides sont bientôt résorbés et apparaissent rapidement dans les urines. D'après l'auteur, cette décomposition du salol s'accomplirait sous l'influence du suc pancréatique ; dès lors, elle cesserait de se produire dès que le suc n'arriverait plus dans l'intestin, et, en pareil cas, les réactions des deux acides composants ne les déceleraient plus dans les urines. S'il en est ainsi, il est évident que l'altération de Sahli ne devrait pas faire défaut dans le cancer de la tête du pancréas, qui entraîne en réalité une rétention pancréatique aussi complète que l'est en même temps la rétention biliaire (B. et P.).

Troubles circulatoires. — Les symptômes de compression dus à la tumeur sont assez variables ; en outre de l'ictère et de la douleur, signes sur lesquels nous nous sommes déjà assez longuement étendus, on peut rencontrer également de l'ascite et des œdèmes des membres inférieurs. Dans nos 48 observations l'ascite a été notée 10 fois, *c'est-à-dire à peu près 1 fois sur 5.* 6 fois l'épanchement de liquide a été peu marqué, 3 fois il a été très marqué, 1 fois enfin il a été considérable et a nécessité la ponction ; mais, il faut remarquer que dans ce dernier cas et dans un des trois précédents (obs. XIII et XV) le cancer avait envahi le foie.

L'œdème des jambes s'est rencontré un peu plus souvent et a été noté 12 fois, *soit 1 fois sur 4 exactement,* 8 fois il a été limité aux malléoles, 3 fois il a été plus accentué et a envahi la jambe, 1 fois enfin il a été considérable. Cette statistique est à peu près identique à celle d'Ancelet qui a signalé l'ascite et l'œdème des jambes, 34 fois sur 195 cas observés.

Palper. — Le palper de la région donne souvent des renseignements intéressants. On y peut sentir deux choses :

1° La tumeur ;

2° La vésicule biliaire qui est, dans la plupart des cas, très notablement augmentée de volume.

Tumeur. — Comme le cancer du pancréas occupe le plus souvent l'extrémité droite de la glande, le siège de prédilection de la tumeur est théoriquement situé entre le foie et l'ombilic. Quand elle existe à ce niveau on ne peut guère l'attribuer qu'au pancréas ou au foie ; elle se

détache assez facilement de ce dernier et quand on peut constater entre elle et lui une zone de sonorité due à la présence d'une anse intestinale on a un indice précieux pour le diagnostic (Bonnamy). Si la tumeur occupe un point situé un peu à gauche de l'épigastre, il est facile de la confondre avec un néoplasme de l'estomac ou de l'épliploon et cette erreur ne peut guère être évitée (Vernay). Cependant nous avons vu que deux fois (obs. XVI et XXXIV) la tumeur s'était accolée à la face inférieure du foie et avait, augmentant de ce fait l'étendue de la matité hépatique, fait croire à une hypertrophie de cet organe. En somme, la tumeur se sent assez souvent puisqu'elle a été signalée 14 fois dans les observations consignées dans cette thèse. En revanche la palpation a donné des résultats absolument négatifs 4 fois (obs. XVIII, XX, XXIII et XXV).

La dilatation de la vésicule biliaire que l'on peut percevoir par le palper est un signe sur lequel ont insisté Bard et Pic et qu'ils ont noté 5 fois sur 7. Ce signe peut avoir une certaine valeur. Il n'est signalé nulle part dans nos observations, il n'y est même point fait allusion et cette omission constante nous fait supposer qu'il n'a jamais été recherché, l'esprit des observateurs n'étant point éveillé de ce côté.

Marche de la température. — D'après Arnozan, l'hypothermie serait la règle. Telle est aussi l'opinion de MM. Bard et Pic qui ont apporté sur cette question des renseignements précis. Toutes leurs observations, sauf une, sont accompagnées de tracés thermiques desquels il résulte que l'apyrexie est en effet la règle et que les

températures hyponormales non seulement sont habituelles, mais encore qu'elles atteignent parfois à la période ultime des chiffres extrêmement bas. En ce qui nous concerne, toutes nos observations sont muettes à l'égard de la température qui n'a jamais été prise, sauf dans un cas (obs. XXIV) où, au contraire, la température pendant toute la durée de la maladie oscilla autour de 38° et atteignit 40° les derniers jours. Quelque intéressante que soit cette observation, elle ne suffit pas à controuver les résultats acquis jusqu'à présent par les observations si minutieuses de MM. Bard et Pic.

Mélanodermie. — Enfin, il nous reste à parler d'un symptôme que nous ne rapporterons qu'à simple titre de curiosité ; il s'agit d'une seule observation d'Aran, celle d'un jeune homme de 25 ans qui présenta des douleurs abdominales avec coloration bronzée des téguments et qui succomba dans le marasme. A l'autopsie le pancréas fut trouvé farci de tubercules. Mollière qui rapporte cette observation ne dit pas si les capsules surrénales étaient intéressées.

Maintenant que nous avons étudié la symptomatologie de l'affection qui fait le sujet de ce travail, admettrons-nous avec Bard et Pic que l'esprit étant éveillé de ce côté et la recherche des différents symptômes faite avec la

précision voulue, le diagnostic sera presque toujours « *facile et sûr* ». Pourrons-nous, en un mot, nous associer à la plus importante des conclusions de leur étude, conclusion ainsi formulée : « Le cancer primitif du pan-
« créas répond à un type clinique bien défini qui est sur-
« tout le fait de son siège habituel à la tête de l'organe.
« Ictère sombre, toujours progressif et sans rémissions ;
« distension énorme de la vésicule biliaire, facilement
« perceptible à la palpation ; absence d'augmentation du
« volume du foie ; température habituellement hyponor-
« male ; amaigrissement et cachexie rapides ; courte
« durée de la maladie ; tels sont les symptômes primor-
« diaux dont la réunion rend le diagnostic habituellement
« facile ».

Dans certains cas, il est vrai, le carcinome pancréatique se présente avec ces caractères cliniques et c'est pour bien montrer ce fait que nous avons laissé réunies en faisceau, à la suite de toutes les autres, les sept observations des savants auteurs lyonnais. Mais en est-il toujours ainsi? Assurément non. Comme nous l'avons déjà vu, l'ictère, pour ne parler que de ce seul signe, existe seulement dans les 2/3 de nos observations : conséquemment, ce ne serait au grand maximum que dans les 2/3 des cas que le cancer du pancréas pourrait répondre à un type clinique bien défini et il faudrait encore supposer que les symptômes qui le caractérisent se trouvent tous réunis dans ces cas-là, ce qui est vraiment inadmissible.

Ainsi présentée, nous pensons donc que cette conclusion est trop absolue. Certes, assez souvent avec l'en-

semble des signes que l'on connaît aujourd'hui, le cancer du pancréas pourra être diagnostiqué, à condition bien entendu qu'il siège dans la tête de l'organe, mais ce sera presque toujours un diagnostic délicat, difficile et non « facile et sûr ». Nous n'en voudrions même pour preuve que l'observation suivante que nous empruntons au travail de notre ami Isch Wall et qui montrera d'une façon évidente que l'on peut d'ailleurs rencontrer sur un malade tous les symptômes décrits par MM. Bard et Pic comme caractérisant le cancer du pancréas et faire une erreur de diagnostic en sens inverse.

Observation XLVIII

Le nommé C..., âgé de 63 ans, exerçant la profession de tailleur d'habits, entre le 16 avril 1888 dans le service de M. le Dr Landrieux, à l'hôpital St-Antoine, salle Bichat, n° 12. Cet homme, sur les antécédents héréditaires duquel nous n'avons presque pas de renseignements, avait toujours joui d'une excellente santé, lorsque le 1er novembre dernier, il se réveilla avec un ictère dont rien n'avait pu faire prévoir la production.

Pendant cinq mois et demi cette coloration jaune des téguments persista, augmentant parfois d'intensité, diminuant d'autres fois, sans jamais disparaître complètement.

La santé générale restait d'ailleurs très bonne. Le 13 avril, C... ressentit tout à coup dans l'hypocondre droit une douleur s'irradiant vers la région inguinale du même côté et s'accompagnant d'une diarrhée assez violente. La douleur ne dura qu'un quart d'heure, mais la diarrhée persista et s'accompagna d'un ballonnement du ventre très marqué. Depuis ce moment le malade eut un dégoût prononcé pour la viande et pour le

pain. Trois jours après les premières douleurs, une nouvelle crise analogue se produisit accompagnée de légers vomissements et d'hématémèses. Le malade se décida alors à entrer à l'hôpital et lorsque nous l'observâmes il présentait une teinte ictérique très prononcée de tous les téguments et des conjonctives. La face cependant avait un aspect terreux un peu spécial; le foie semblait un peu atrophié à la percussion, et lorsque l'on palpait l'abdomen, on réveillait une douleur au niveau de la vésicule biliaire, mais le météorisme abdominal était si accusé que l'on ne pouvait presque rien sentir à la palpation, si ce n'est un empâtement siégeant au-dessous du lobe gauche du foie. La langue était recouverte d'un épais enduit saburral. Les garde-robes ressemblaient à du mastic; la rate était normale, on n'entendait rien à l'auscultation. Dans les jours qui suivirent son entrée, le malade eut des crises douloureuses dans la région du foie; ses jambes s'œdématièrent, de l'ascite se produisit, il s'affaiblit rapidement et le 25 avril il mourut.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, deux litres de liquide s'écoulèrent; le grand épiploon adhère au péritoine pariétal; il est épaissi et induré, et au niveau des indurations il est adhérent aux anses intestinales sous-jacentes; les noyaux indurés dont est parsemé l'épiploon sont très durs à la coupe; ils crient sous le scalpel. Lorsqu'on regarde les viscères abdominaux on les voit tous colorés en jaune; le foie présente une couleur vert sombre; quelques plaques de sclérose, les unes allongées, les autres petites et étoilées se remarquent à sa surface; à la face convexe, une plaque jaunâtre, plus grosse que les précédentes, s'enfonce dans la substance du foie. L'aspect extérieur de cet organe est granité, parsemé par un pointillé alternativement jaune et vert au milieu duquel se rencontrent, par plaques, quelques petites suffusions sanguines. Lorsqu'on fait des coupes du foie, on trouve que son parenchyme est mollasse, friable, d'une teinte verte générale, parsemé de petits îlots jaunâtres. Le volume

général de l'organe est plutôt diminué qu'augmenté, sa forme est peu modifiée, et pourtant son lobe droit est presqu'exclusivement envahi par une masse cancéreuse d'un blanc jaunâtre au-dessus de laquelle existe un gros kyste biliaire renfermant environ 200 gr. de bile et immédiatement sous-jacent à la face convexe. Les plaques blanches de la surface du foie ne sont que de la sclérose, et l'on constate sur les coupes qu'elles se prolongent suivant le trajet des vaisseaux. Des coupes histologiques de la tumeur du foie faites ultérieurement démontrent la nature carcinomateuse de ce néoplasme. Le hile du foie est également envahi par le cancer et les organes qu'il renferme sont tous englobés par une masse dure arrivant au contact de la tête du pancréas et du duodénum, mais les respectant. Le canal cholédoque et le canal hépatique ont leurs parois extrêmement épaissies : la vésicule biliaire est petite, mais ses parois sont très épaissies ; elle ne renferme pas de calculs. Le pancréas dont le volume est normal, est sclérosé, mais on ne peut y découvrir de noyaux squirrheux.

La rate est légèrement augmentée de volume, les reins sont normaux, l'estomac et l'intestin ne présentent rien de particulier, les poumons sont un peu congestionnés aux bases ; le cœur est sain, mais les grosses artères sont très athéromateuses.

On a donc eu affaire, dans ce cas, à un cancer primitif du foie propagé au hile de cet organe et ayant amené la mort par cholémie en dehors de toute généralisation.

Le diagnostic posé sur le vivant avait été cancer du pancréas à cause du brusque début de l'ictère dont la persistance ne s'était accompagnée d'aucun phénomène morbide sérieux. N'est-ce pas, en effet, sur ce mode de début qu'insistent Bard et Pic ? La marche de l'affection cadrait bien d'ailleurs avec celle relatée dans leurs

observations, tout à coup, en effet, la maladie s'aggrava et le patient se cachectisa rapidement ; il eut un dégoût tout spécial pour la viande, et ce qui poussa encore à poser le diagnostic de cancer pancréatique fut ce double fait que le foie n'était ni augmenté de volume ni bosselé et qu'au-dessous de lui on sentait une tuméfaction profonde. L'autopsie apprit que celle-ci était un cancer du foie, mais on peut se demander comment sur le vivant on aurait pu assigner un siège exact à la tumeur perçue, étant données les difficultés apportées à la palpation par le tympanisme abdominal, et alors même que ce tympanisme n'eût pas existé, la confusion eût été forcément inévitable.

En présence de cette observation si intéressante d'une part, et des statistiques que nous avons rapportées d'autre part, comme nous l'avons dit plus haut, nous pensons que la première des conclusions du très remarquable travail de MM. Bard et Pic est trop absolue. Certes la monographie dont ils sont les auteurs a vivement éclairé la question d'un jour nouveau et fait faire un pas considérable en avant à l'histoire pathologique du pancréas ; toutefois nous ne croyons pas qu'il soit encore possible de faire un tableau des symptômes du cancer de cette glande, symptômes parmi lesquels nous n'en voyons aucun de réellement pathognomonique.

Aussi, tout en enregistrant les progrès faits dans cette voie depuis 5 ans, progrès auxquels ont contribué pour la plus large part les savants auteurs lyonnais, nous croyons qu'il faut encore conclure avec M. le professeur Jaccoud et dire :

Lorsqu'il y a des symptômes ce ne sont pas des signes de certitude, ce ne sont que des signes de présomption ; ils seront d'ailleurs d'autant plus probants qu'un plus grand nombre d'entre eux se trouveront réunis.

RÉSUMÉ

Le cancer primitif du pancréas est une affection assez fréquente.

Étiologie. — Il n'y a encore rien d'absolument certain quant à la nature du cancer ; toutefois, il semble permis de prévoir qu'un jour il sortira du cadre des affections diathésiques pour rentrer nettement dans celui des maladies d'origine microbienne.

Sans méconnaître l'importance des objections théoriques, c'est de l'observation et de l'expérimentation que nous attendons la solution de ce problème.

Siège. — La tête du pancréas est le siège de prédilection de la maladie, quoique la lésion puisse se développer dans le corps ou la queue de la glande.

Formes anatomiques. — Les formes anatomiques que revêt le cancer du pancréas sont, par ordre de fréquence : la forme squirrho-lardacée, puis l'encéphaloïde, enfin l'épithéliome à cellules cylindriques. Le cancer mélanique a été signalé dans deux ou trois observations.

Sexe. — Les hommes atteints sont aux femmes dans la proportion de 2 à 1.

Age. — Contrairement à ce qu'on observe pour les cancers des autres régions, cette affection n'est pas l'apanage de la vieillesse ; toutefois, les sujets qui en sont

frappés ont habituellement dépassé l'âge moyen de la vie. En réunissant les résultats de la statistique d'Ancelet et les nôtres, on obtient un âge moyen de 45 ans 2 mois.

Durée. — Il est peu de cancers viscéraux aussi promptement mortels. La durée moyenne des cas relatés dans nos observations est approximativement de 5 mois, 20 jours.

Traitement. — Médical : il est palliatif. Chirurgical : Sur cinq extirpations de pancréas, Küster a compté quatre décès.

Symptomatologie. — L'ictère est le signe le plus fréquent ; il existe dans les 2/3 des cas. En général, il est précoce et ne fait que progresser à partir du moment où il s'est montré. Il devient extrêmement intense jusqu'à mériter le nom d'ictère noir. Il reconnaît pour cause habituelle l'oblitération du canal cholédoque par la tumeur. Il peut être dû aussi, dans les cas où l'on trouve ce canal perméable et même dilaté, à un catarrhe des voies biliaires.

Douleur. — *Vomissements.* — La douleur est également un signe habituel et siège à l'épigastre la plupart du temps. Elle se présente généralement avec une acuité intense et s'irradie en tous sens ; elle est exacerbée par la pression et le passage des aliments.

Les malades trouvent quelquefois un adoucissement à leurs souffrances en incurvant le corps en avant.

La douleur peut être sourde, mais c'est beaucoup plus rarement qu'on l'observe ainsi.

Elle existe dans presque les 2/3 des cas.

Les vomissements manquent assez rarement ; la coïnci-

dence de ces deux symptômes d'une part et le météorisme qui les accompagne souvent de l'autre, semblent permettre de leur attribuer une origine péritonéale au lieu de les rattacher, l'un à une névralgie cœliaque, l'autre à des troubles digestifs.

L'*anorexie* est la règle générale. Les malades ont, le plus souvent, un dégoût plus ou moins grand pour tous les aliments, mais ce dégoût ne paraît pas plus particulièrement marqué pour les aliments gras.

La *constipation* est fréquente et souvent opiniâtre.

La *diarrhée* est rare, mais les alternatives de diarrhée et de constipation se rencontrent plus souvent.

L'*amaigrissement* est un signe constant dans la majeure partie des cas, il est : précoce, rapide, considérable.

Stéarrhée. — La présence de substances graisseuses dans les selles des malades, sous forme de boulettes de suif ou de taches d'huile, est un fait rare que nous n'avons relevé que trois fois, quatre au plus.

Dans certains cas, l'examen microscopique des selles par le procédé de Bonnamy, a permis de retrouver des corps gras qu'on n'avait pu apercevoir à l'œil nu.

La *glycosurie* est un symptôme observé excessivement rarement dans le cancer pancréatique. Nous ne l'avons relevé que deux fois et nous pensons qu'il ne s'agissait que d'une simple coïncidence.

L'*albuminurie* n'est point non plus signalée dans nos observations. C'est vraisemblablement aussi à une simple coïncidence qu'il faut rattacher les cas où ce signe a été noté.

Les *troubles circulatoires* sont assez fréquents. L'*œdème* des membres inférieurs se rencontre dans le 1/4 et l'*ascite* dans le 1/5 des cas.

Le *palper* permet le plus souvent de reconnaître : 1° la *tumeur* qui siège généralement entre le foie et l'ombilic.

2° La *vésicule biliaire* qui est presque toujours notablement dilatée.

La *température*, d'après Bard et Pic, serait hyponormale et atteindrait parfois, à la période ultime, des chiffres extrêmement bas.

Les *vomissements graisseux*, la *lipurie*, le *ptyalisme*, la *polydypsie*, la *sensation de sable* au fond de la gorge, le *rejet des fibres striées*, la *mélanodermie*, la *non décomposition du salol*, sont des symptômes qui ont été signalés, mais que nous n'avons pas relevés dans nos observations, ou du moins que nous n'avons rencontrés qu'exceptionnellement.

CONCLUSION

Les symptômes du cancer du pancréas sont des signes de présomption et non des signes de certitude. Pas un d'entre eux n'est pathognomonique.

Ces symptômes seront d'ailleurs d'autant plus probants qu'ils se trouveront réunis en plus grand nombre chez le même malade.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ancelet. — *Étude sur les maladies du pancréas*, 1864.

Annesley. — *Diseases of India.*

Aphel. — Caso di cancro al pancreas. *Gazz. med di Torino*, 1885 ; XXXVI, p. 179.

Armstrong. — Primary Cancer of Pancreas. *Canada. med. rev.*, Montréal, 1885-1886.

Bard et **Pic**. — Cancer primitif du pancréas. *Rev. de médecine*, 1888, nos 4 et 5.

Bécourt. — Thèse Strasbourg, 1830.

Beck. — Scirrhus of the Pancreas. *Lancet.* London, 1887, p. 113.

Bernard (Claude). — *Mémoire sur le pancréas.* Paris, 1856.

Besson. — Thèse, Paris, 1864.

Blancard. — Obs. Cent, I, n° 9.

Bonnamy. — Thèse, Paris, 1879.

Bouchard. — *Maladies par ralentissement de la nutrition.*

Bréchemin (Gille). — Cancer primitif du pancréas, cancer secondaire du foie. *Soc. anat.*, 1879.

Cane. — Cancer of the head of Pancreas. *Brit. med. journ.*, 1883.

Darvidoff. — *De morbis pancreatis observationes quædam.* Dorpat, 1833.

E. Da Costa. — Cancer of Pancreas ; tuberculose pulmonaire. *North am. rev.*, 1858.

Dalton. — Cancer of Pancreas. *St-Louis cour. med.*, 1887, p. 135.

Dreyfuss. — Cancer du pancréas. *Bull. Soc. anat.*, 1876.

Dufresne-Fauconneau. — *Précis des maladies du foie et du pancréas*, 1856.

Elliotson. — On the discharge of fatty matter from the alimentary canal. *Med. chir. trans. London*, 1833, p. 67.

Frank. — *Traité de méd. prat.*, trad. du latin par Jean-Pierre Goudareau, Paris, 1842.

Garnier. — Cancer de la tête du pancréas généralisé au foie. *Prog. méd.*, 1886, p. 1037.

Gouguenheim. — Cancer du pancréas probablement primitif. *Soc. méd. des hôp.*, 1878.

Gould. — *Anat. museum of the Boston Soc.*, p. 47.

Hamilton. — Cancer of the Stomach and Pancreas. *J. am. M. ass.*, Chicago, 1887, p. 630.

Hirschler. (A.) — Elsödleges hasmjalmirigy-Ráknak haróm esete. *Orvosi hetil.* Budapest, 1885, XXIX, p. 707.

Isch-Wall. — Cancer du pancréas. *Progrès medical*, juin, 1888.

Jaccoud. — *Clinique de la Pitié*, 1884-1885.

Jamieson. — Cancer of the pancreas not diagnosted during the life. *China M. Miss.*, *J.* Shanghaï, 1887, p. 8.

Kühn. — Ueber primäres pankreas carcinom im kindesalter. *Berl. klin. Wochnsch.*, 1887, p. 494.

Lancereaux. — Du diabète maigre. *Union méd.*, 1880.

Lapierre. — Diabète et pancréas. Thèse, Paris, 1879.

Legendre. — Cancer du pancréas comprimant les voies biliaires. Atrophie du ventricule droit. *Soc. anat.*, 1881.

Lloyd. — Case of Jaundice with discharge of fatty matter from the bowels. *Med. chir. trans.* London, 1883, vol. XVIII.

Lussana. — *Bullettino delle scienze di Bologna*, 1851.

Madre. — *Cancer du pancréas.* Thèse, Paris, 1883.

Mayet. — Cancer primitif de la tête du pancréas ayant envahi le foie. *Lyon méd.*, 1885, XLIX, p. 31.

Mollière. — Art. pancréas du *Dict. de méd. et de chir.*

Mondière. — Recherches pour servir à l'histoire du pancréas. *Arch. de méd.*, 1836.

Morgani. — *De Causis et sed. morbis.* Ep. XV, art. II; XXX, art. II.

Moyse. — *Fonctions et maladies du pancréas.* Thèse, Paris, 1852.

Pott (Richard). — Cancer probablement primitif du pancréas. *Deutsch Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1878.

Ramey. — Cancer du pancréas. 2 obs. *Soc. anat. de Bordeaux*, 1883.

Renaut. — Comm. à l'Acad. 1879. *Rev. de Hayem*, t. XVIII, p. 457.

Reeves. — On the presence of fat in the excretions. *Monthly journ. of med. Sc.* March 1854. Edinburg, vol. XVIII, p. 201.

Rotch. — A case of cancer of the head of pancreas. *Boston med., and surg. journ.*, 1885, CXII, p. 175.

Salles. — *Cancer primitif du pancréas*. Thèse, Paris, 1880.

Straus. — *Ictère chronique*. Thèse agrégation, 1878.

Taylor. — Cancer of Pancreas and Liver. *Boston med. and surg. journ.*, 1882.

Taylor and **Gibbons**. — *Pacific med. and Surg. journ.* et *Union méd.*, 1883, p. 453.

Van Doeveren. — Obs. path. anat., n° 3. *Ephem. nat. Cur.*, Dec. I, Ann. I, obs. 99, VIII, obs. 31.

Van Swieten. — *Comment.*, t. I, p. 544.

Verardini. — Cancer del Pancreas *Rev. med. de Sevilla,* 1886, VIII, p. 108, 200.

Vernay. — *Cancer du pancréas*. Thèse, Lyon, 1884.

Ward (I. F.) — Scirrhus of the pancreas. *Buffalo med. and sur. J.*, 1878.

Westbrook. — Carcinoma of pancreas. *Proc. m. Soc.* County kings, Brooklyn, 1879, IV, 16.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer:

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE